سلسلة الاضطرابات النفسية

١

دكتور مجدى محمد الدسوقى

اضطرابات النوم

الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج

مكتبة الأنجلو المصرية

اضطرابات النوم

الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج

سلسلة الاضطرابات النفسية

(١)

اضطـــــرابات النوم

الأسباب ـ التشخيص ـ الوقاية والعلاج

دكتور

مجدى محمد الدسوقى

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية النوعية ـ جامعة المنوفية

الـنـاشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

اسم الكتاب : اضطراب النوم (سلسلة الاضطراباد ،)
أسم المؤلف : د. مجدى محمد الدسوقى
أسم الناشر: مكتبة الأنجلو المصرية
اسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان
سنة الطبع: ٢٠٠٦
رقم الإيداع : ٢١٠٢٤
الترقيم الدولى : I.S.B.N 977 - 05 - 2168 - X

الإهداء

إلى صاحب الفضل الجزيل ، ورافد العطاء الوفير

الأستاذ الدكتور

طلعت منصـــور

أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس

حباً وتقديراً وعرفاناً واعتزازاً

مقدمة :

الحمد لله ، نحمده ونستعينه ونستغفره ونستهديه ، ونتوب إليه ، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ، ومن سيئات أعمالنا ، فمن يهده الله فلا مُصل له ، ومن يضلل فلا هادى له ، وأشهد أنَ لا إله إلاَ الله وحده لا شريك له ، وأشهد أن َ محمداً عبده ورسوله ، صلى الله عليه وسلم تسليماً كثيراً .

وبعد ،

تعالج الصفحات التالية موضوعاً مهماً ، وهو اضطرابات النوم مع شرح مبسط وشامل لأكثر اضطرابات النوم شيوعاً وهو الأرق فنحن لا نعرف قيمة النوم إلا عندما نحرم منه أو نتأرق لسبب ما ، والنوم ضرورى للحياة فهو ببساطة وسيلة للراحة تؤدى إلى تجديد النشاط والطاقة ، ومن المعروف أننا نقضى ثلث حياتنا نائمين ، وهذا يعنى أن معظمنا ينام ثلاثمائة ساعة تقريباً فى العام ، والسؤال الذى يتردد دائماً هو كم ساعة نحتاجها من النوم ؟ يعتقد معظمنا أننا نحتاج إلى ثمان ساعات فى اليوم ، ولكن المعدل المثالى يختلف من فرد إلى آخر فمن خمس ساعات إلى ست ساعات فى الليلة تكون كافية لبعض الأفراد ليشعروا بالراحة التامة ، هذا بينما يحتاج فريق آخر إلى تسع ساعات ، والأشخاص الذين يعانون من مشكلات النوم نجدهم مترنحين ، ومتوعكين ، وسريعى الغضب ، ولك أن تتخيل عزيزى القارىء كيف سيكون حالك إذا لم تحصل على نوم جيد وكافى ليومين أو أكثر ، وفى هذه الحالة ستكون علاقتك بالآخرين متوترة ، وتتضاءل كفاءتك ، وقدرتك الإنتاجية ، ناهيك عما لو كنت تمارس

الفصل الثالث : يتناول اضطرابات النوم الثانوية ، التى تتمثل فى اضطراب الكابوس الليلى ، واضطراب المشى أثناء النوم ، واضطراب الفزع أثناء النوم .

الفصل الرابع : يتناول اضطرابات النوم غير المصنفة ، التى تتمثل فى شلل النوم ، وقفزات النوم ، وهلاوس النوم ، وصرع النوم ، والجز على الأسنان أثناء النوم ، واهتزاز الأرجل أثناء النوم ، وأرجحة الأرجل أثناء النوم ، وكثرة النوم أو فرط النوم .

الفصل الخامس : يتناول أسباب اضطرابات النوم الوراثية ، والعضوية ، والنفسية والاجتماعية ، والبيئية ، وتفسير النظريات العلمية لاضطرابات النوم .

الفصل السادس : يتناول علاج اضطرابات النوم متمثلا فى العلاج العضوى ، والعلاج الطبى ، والعلاج النفسى مع التركيز على العلاج النفسى للأرق ، وخاصة العلاج المعرفى السلوكى بفنياته واستراتيجياته المختلفة .

الفصل السابع : يتناول أساليب تقدير وقياس اضطرابات النوم متمثلة فى المقابلة الشخصية الكلينيكية وكذلك المقاييس المختلفة التى أعدت لهذا الغرض .

أما الفصل الثامن والأخير فيتناول مجموعة من النصائح التى تؤدى إلى نوم صحى وسليم .

وأسأل الله أن أكون قد وفقت فيما قصدته من عرض موضوعات أو محتوى الكتاب ، وأن يكون مصدر إفادة للأفراد الذين يعانون من مشكلات

النوم وخاصة الأرق ، كما أرجو أن يكون هذا الجهد خالصاً لوجه الله الكريم ، والله تعالى من وراء القصد وهو وحده الهادى إلى سواء السبيل ،

اللهم علمنى ما ينفعنى ، وانفعنى بما علمتنى ، وزدنى علماً

الدكتور
مجدى محمد الدسوقى

الفصل الأول

مفهوم النوم وأنواعه ومراحله

مقدمة :

النوم ضروري للإنسان كالطعام والماء والهواء ، وهو رحمة من رب العالمين ، قال تعالى : " وجعلنا الليل لباساً " (*) أي ستراً لكم ، ولذلك أجمع العلماء على أن النوم في الليل مهم جداً لصحة الأبدان . كما أنه آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية في حياتنا ، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية ، ويركز معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريباً (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٢٨) .

والحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الضرورية لنمو الطفل ، فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط ، لأنه يربحه راحة تكاد تكون تامة ، ففي النوم يقل النشاط إلى أدنى حد ، ويبطئ التنفس والدورة الدموية ، ويتخفض معدل الأيض ، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائي والعمليات الفسيولوجية (هدى قناوي ، ١٩٨٣ - ١٢٧) .

ويمكن اعتبار حالتي النوم واليقظة متغيرين يمثلان على مدى متصل معين بتباين من الغيبوبة وفقدان الوعي والنوم العميق في طرف ، وحالة اليقظة التامة في طرف آخر ، ويقوم على طول هذا المدى المتصل مستويات ومراحل متفاوتة من النوم واليقظة ، ويعتبر التباين بين حالتي النوم واليقظة

(*) سورة النبأ ، الآية ١٠ .

مقدمة :

النوم ضروريٌ للإنسان كالطعام والماء والهواء ، وهو رحمة من رب العالمين ، قال تعالى : " وجعلنا الليل لباساً " (*) أى ستراً لكم ، ولذلك أجمع العلماء على أن النوم فى الليل مهم جداً لصحة الأبدان ، كما أنه آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية فى حياتنا ، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية ، ويركز معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريباً (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٢٨) .

والحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الضرورية لنمو الطفل ، فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط ، لأنه يريحه راحة تكاد تكون تامة ، ففى النوم يقل النشاط إلى أدنى حد ، ويبطئ التنفس والدورة الدموية ، وينخفض معدل الأيض ، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائى والعمليات الفسيولوجية (هدى قناوى ، ١٩٨٣ ، ١٢٧) .

ويمكن اعتبار حالتى النوم واليقظة متغيرين يقعان على مدى متصل معين يتباين من الغيبوبة وفقدان الوعى والنوم العميق فى طرف ، وحالة اليقظة التامة فى طرف آخر ، ويقوم على طول هذا المدى المتصل مستويات ومراحل متفاوتة من النوم واليقظة ، ويعتبر التبادل بين حالتى النوم واليقظة

(*) سورة النبأ ، الآية ١٠ .

نموذجاً للدورة اليومية التى تحدث كل أربع وعشرين ساعة (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ١٧) .

والنوم حالة منتظمة متكررة من الخلود إلى الهدوء الذى يتميز بانخفاض الاستجابة للمؤثرات الخارجية ، وتعتمد دراسة ظاهرة النوم على الملاحظة الخارجية للتغيرات التى يتم قياسها فى الشخص النائم ، ويكون النوم مصحوباً بكثير من التغيرات الحيوية فى وظائف الجسم مثل التنفس ، والدورة الدموية ، وضغط الدم ، ودرجة حرارة الجسم ، وإفراز المواد الحيوية بالجسم مثل الهرمونات (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ١٠) .

ويمكن تعريف النوم بأنه حالة طبيعية متكررة ، يتوقف فيها الكائن الحى عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبياً عما يحيط به من أحداث (حسان شمسى باشا ، ١٩٩٣ ، ٢٥) .

والنوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبى والعضلات كما يدل على ذلك تسجيل النشاط الكهربائى للمخ وانخفاض التوتر العضلى فى حالة النوم العميق ، وهو حالة وظيفية حيوية هامة لها أهميتها فى استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلى اللازم لإمداد الجسم والعقل بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعمله (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ٢٥) .

وأشارت الدراسات إلى أن حصول الفرد على قسط مناسب من النوم يجعله معتدل المزاج مرتاح النفس نشط الجسم ، ويساعده على زيادة إنتاجه إذا كان عاملاً ، وعلى الاستذكار والتحصيل إذا كان طالب علم ، أما اضطراب النوم وعدم حصول الفرد على حاجته من النوم يؤدى إلى ضعف

همته ، وقلة طاقاته الجسمية وشرود ذهنه ، واضطراب مزاجه ، وانخفاض إنتاجه ، وسوء علاقاته بالآخرين (محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣٠٨) .

كما يتم خلال النوم استعادة وتجديد طاقة الجسم ونشاطه عن طريق إفراز بعض المركبات الحيوية مثل هرمون النمو الذى يساعد على تكوين البروتين اللازم لبناء الأنسجة فى مرحلة النوم العميق ، وفى مرحلة نوم حركة العين السريعة تحدث عمليات تعويض محددة لإعادة الطاقة والبناء فى وظائف الجهاز العصبى ، كما أن الكثير من الوظائف الحيوية يستمر بانتظام أثناء النوم ، ومنها على سبيل المثال القلب والدورة الدموية ، والتنفس ، وحركة الجهاز الهضمى ، وكذلك يستمر نشاط العقل فى صورة أحلام (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ٢٥ - ٢٦) .

ومن المعروف أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر ، والجنس ، والوقت من النهار ، والوقت من السنة ، والحالة الجسمية ، والحالة الصحية ، وغير ذلك من العوامل بحيث لا يمكن القول بأن هناك قدراً مناسباً من النوم لكل البشر فبينما يجد البعض أن أربع ساعات من النوم فى الليلة كافية للشعور بالراحة واليقظة يحتاج آخرون إلى ١٢ ساعة من النوم فى الليلة الواحدة ليتولد عندهم الشعور ذاته (أدلف رامس ، ١٩٨٩ ، ٩) .

وفى دراسة للمركز الوطنى للإحصائيات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية وجد أن اثنين من كل عشرة أشخاص ينامون أقل من ست ساعات فى الليلة ، وواحد من كل عشرة ينام تسع ساعات أو أكثر فى الليلة ،

ويعرف الأشخاص الذين ينامون أقل من ست ساعات بأصحاب النوم القصير ، والذين ينامون أكثر من تسع ساعات بأصحاب النوم الطويل ، وكلهم طبيعيون ، فنابليون وأديسون كانوا من أصحاب النوم القصير فى حين أن العالم إينيشتاين كان من أصحاب النوم الطويل بمعنى أن عدد ساعات النوم التى يحتاجها الإنسان إذا كان طبيعياً ولا يعانى من أحد أمراض النوم لا تؤثر على إنتاجه وإبداعه (جونسون وآخرون Johnson et al. ، ١٩٩٨ ، ١٧٨) .

والصغار ينامون أكثر من الكبار فالطفل فى الأشهر الأولى عند ولادته ينام حوالى ٢٢ ساعة تقريباً ولكنه يصحو بين فترة وأخرى ، إما لجوع أو لمرض أو لعطش أو أنه يقوم لحاجة ، وتتقلص ساعات النوم حتى تصبح عشر ساعات فى سن السادسة ، وثمان ساعات فى سن المراهقة ، ولا يوجد قانون يحدد ساعات النوم التى يحتاجها الإنسان ، إذ إنها تختلف من شخص لآخر ، فالبعض يحس براحة كاملة بعد ست ساعات من النوم ، والبعض الآخر يحتاج من سبع إلى تسع ساعات ، وخلاصة القول أن عدد ساعات النوم التى يحتاجها الإنسان تختلف من شخص إلى آخر ، فالكثير يعتقدون بأنهم يحتاجون إلى ثمان ساعات نوم يومياً ، وأنه كلما زادوا من عدد ساعات النوم كلما كان ذلك صحياً أكثر وهذا اعتقاد خاطئ ، فعلى سبيل المثال إذا كنت تنام لمدة خمس ساعات فقط بالليل وتشعر بالنشاط فى اليوم التالى فإنك لا تعانى من مشاكل ونقص فى النوم .

وتشير التجارب والبحوث العلمية فى مجال النوم إلى أن النوم ليس مرحلة ركود أو خمول ، وإنما هو مرحلة صيانة للجسم واستعادة لما فقده من

عناصر حيوية ، وهو مرحلة يستطيع الجسم من خلالها أن يحصل على ما يلزمه من مواد يحتاجها فى الفترة التالية من اليقظة والنشاط ، ووظيفة النوم الأساسية هى إعطاء الجسم الوقت ليستعيد قواه ، فالأفراد الذين ينامون نوماً كافياً وعميقاً هم أكثر نشاطاً فى النهار ، كما أن الأفراد الذين ينامون ما بين سبع إلى تسع ساعات يومياً ربما يطول بهم العمر أكثر من أولئك الذين ينامون لفترة قصيرة أو طويلة جداً أثناء الليل ، ويبدو أن أولئك الذين يعملون مرات أثناء الليل ، ومرات أثناء النهار هم أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض ، ولذلك فإن الذهاب إلى النوم فى وقت محدد كل مساء ، والاستيقاظ فى وقت معين كل صباح ، لا يُحَسِّن نشاط المرء فى النهار فحسب بل يهيئ الشخص لنوم جيد فى الليلة التالية .

أنواع النوم :

ينقسم النوم إلى نوعين :

النوع الأول : النوم الهادئ أو النوم التقليدى Orthodox Sleep

النوع الثانى : النوم النقيضى أو المتناقض Paradoxical Sleep

أولاً : النوم الهادئ أو النوم التقليدى :

يطلق عليه اسم النوم البطئ أو النوم السوى أو نوم قشرة لحاء المخ ، وهذا النوع يتميز بأنه لا تصاحبه حركات العين السريعة Rapid Eye Movements (REM) (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٢٨٩) ، ويتضمن النوم الهادئ أو النوم التقليدى أربع مراحل هى :

المرحلة الأولى : مرحلة النعاس أو مرحلة التحضير للنوم :

يبدو المرء فى هذه المرحلة – من الوجهة السلوكية – نائماً نوماً

خفيفاً ، وقد يتقلب فى الفراش يغمض عينيه ويفتحهـا ، وأدنـى حركـة أو صوت مفاجئ يوقظ الفرد ويعيده إلى مرحلة الصفر ، وإذا أيقظ النائـم فـى هذه المرحلة يدعى بأنه لم ينم وتدوم هذه المرحلة بين ٥ - ٢٠ دقيقة .

المرحلة الثانية : مرحلة النوم الخفيف :

فى هذه المرحلة يستيقظ النائم سريعاً عند حدوث ضوضاء ، وعنـدما يتم إيقاظه يقرر أنه كان نائماً ، وتتصف هذه المرحلة بدرجة أعمق من النوم عن سابقتها ، وفى هذه المرحلة يبدأ حدوث أحلام ذات قصة أو حبكة متكاملة غير أن تذكرها يكون غير كامل الوضوح ، وتمتاز هذه المرحلة ببطء فـى حركة التنفس ، وتدوم هذه المرحلة من ١٠ - ٤٠ دقيقة .

المرحلة الثالثة : مرحلة النوم العميق :

فى هذه المرحلة يصعب إيقاظ النائم كما أنه لا يتأثر بأى تغير يحـدث فى البيئة المحيطة به ، ومن أهم التغيرات الفسيولوجية التى تحدث فى هـذه المرحلة انخفاض ضغط الدم ، وبطء معدل ضربات القلب ، وانخفاض درجة حرارة الجسم ، ويكون التنفس بطيئاً ومريحاً ، وتدوم هذه المرحلة من ١٠ - ٣٠ دقيقة .

المرحلة الرابعة : مرحلة النوم المريح

تتميـز هـذه المرحلـة بالاسـترخاء العضـلى والجمـود التـام والتغيرات الفسيولوجية التى تحدث فى هـذه المرحلـة شـبيهة بـالتغيرات الفسيولوجية التى تحدث فى سابقتها ، وفى هـذه المرحلـة يرتـاح الجسـم تماماً ويسترد ما فقده خلال النهار مـن حيويـة ، وإذا أيقـظ النـائم فـى هذه المرحلة يكون مذهولاً ويحتاج إلى فترة ليـدرك مـا حولـه ، وتـدوم هذه المرحلة من ١٠ - ٢٠ دقيقة ، وتكـون هـذه المرحلـة طويلـة فـى

بداية الليل ولكنها تأخذ فى القصر فى أواخرها (عزت إسماعيل ، د . ت ، ؛ جمعة يوسف ، ٢٠٠٠) .

ويطلق على المراحل السابقة من الأولى إلى الرابعة اسم النوم البطئ ، وهذا النوم ضرورى لحسن ميكانيكية الجسم بشكل عام لما يوفره من راحة تامة وعميقة بحيث ترتخى العضلات ويبطئ إيقاع نبضات القلب وحركة التنفس والدورة الدموية ، كما أنه ضرورى جداً للأطفال ولنموهم الجسمى فخلاله تفرز الغدة النخامية هرمونات النمو التى تنظم وتنسق عمل مختلف أجهزة الجسم بينما فى حالات النوم المضطرب يظهر نقص فى الهرمونات مما يشكل خطراً على أجهزة الجسم المختلفة (ميندلسون Mendelson ، ١٩٩٥ ، ٦٩٩) .

والدورة المكونة من المراحل السابقة تتكرر أربع أو خمس مرات خلال الليلة الواحدة مع بعض الاختلافات ، ويختلف عدد الدورات وإيقاعها من شخص إلى آخر تبعاً لحالته الجسمية والصحية والنفسية (بوتزن وبيرللز Bootzin & Perlils ، ١٩٩٢ ، ٣٩) .

ثانياً : النوم النقيضى أو المتناقض :

يطلق عليه اسم النوم السريع أو النوم الحالم أو نوم جذع المخ ، ويتسم بنشاط دماغى يشبه النشاط الدماغى الذى يحدث أثناء اليقظة ، وأهم ما يميز النوم النقيضى أو المتناقض أنه يصاحبه نشاط فى كل الأجهزة ؛ حيث يزداد إيقاع التنفس ، وتزداد سرعة القلب ، وضغط الدم كما يحدث انتصاب فى القضيب ، ومن أهم التغيرات الفسيولوجية المصاحبة لهذا النوع من النوم حدوث نوبات حركة العين السريعة فى كل الاتجاهات ، والتى

تحدث والجفون مغمضة أو مغلقة وتستغرق من ثلاث إلى عشر ثوان على فترات تحدث كل ٣٠ أو ٤٠ ثانية ؛ لذلك يطلق البعض على هذه المرحلة مرحلة نوم حركة العين السريعة (واجنر وآخرون Wagner et al. ، ١٩٩٩ ، ٣٠٠) .

كما يطلق البعض على هذا النوع اسم النوم الحالم ؛ وذلك لعلاقة هذا النوع من النوم بالأحلام ، إذ نجد أننا إذا أيقظنا النائم خلال فترة حركة العين السريعة فإنه يذكر على الفور أنه كان مستغرقاً فى الأحلام ، وهناك دليل اخر على أن هذا النوع من النوم خاص بالأحلام ، وهذا الدليل مستوحى من أن حركات العين فيه تشبه حركتها فى متابعة الصور المتحركة وكأن الحالم يتابع الصور التى يراها فى حلمه ، وليس معنى هذا أن الأحلام تحدث فى هذا النوع من النوم فقط ، فقد لوحظ أنها تحدث فى النوع الأول أيضاً خاصة فى أول الليل ، ولكن أحلام النوع الثانى تكون الصور المرئية فيها واضحة وتكون فى مفهومها أكثر تعقيداً وإبهاماً أو تحوى موضوعات وجدانية وذلك على عكس أحلام النوع الأول التى تكون صورها باهته وتكون أصعب فى التذكر (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٢٩٢) .

وهذا النوم الحالم ضرورى للحفاظ على توازن وظائف الدماغ الطبيعية واستيعاب الفرد للمواقف التى يصادفها خلال النهار ، فالحلم فى الفترات الصعبة كفترات الحزن والقلق يساعد كثيراً على اجتيازها وتحمل صدماتها ، إلى جانب أن الحلم مهم جداً لإشباع الرغبات اللاشعورية التى تطالب بها الهى أو الهو وهذا سر توازن الإنسان الطبيعى الذى يحمل رغبات غريزية كثيرة دفينة فى عقله الباطن ، كما أن الحلم مهم جداً من ناحية الإبداع فخلال

الأحلام يبحث العقل الباطنى عن التطور والإبداع ، وكم من الأشخاص يجدون حلاً بسيطاً لمشكلة عالقة خلال فترة يقظة قصيرة أثناء الليل أوعندما يستيقظون صباحاً .

والنوم ضرورى للجسم لأنه يساعده على استعادة حيويته من خلال إصلاح مواطن الضعف فى البدن وأنسجة الجهاز العصبى المركزى أى أنه سلوك للمحافظة على الطاقة والنوم ضرورياً أيضاً لعملية التعلم ، حيث يساعد على تشغيل المعلومات وتقوية الذاكرة ، كما أنه يوفر فرصة لحذف أو محو الارتباطات العصبية التى لا يتم الاحتياج إليها وذلك لزيادة فعالية أو كفاءة تشغيل المعلومات (كارلسون وكردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤١٥) .

ومن الأمور المسلم بها أن الحرمان من النوم له نتائج سلبية جسدية ونفسية دالة فالتعب أو الإرهاق ، والنوم الزائد عن الحد ، ونقص الانتباه ، والتدهور فى القدرات الإدراكية ، والمعرفية ، والحركية ، والسلوك النكوصى أو المرتد ، والتفكير غير الموجه كل ذلك ينتج عن اضطرابات النوم (كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٧٩ ، ١٩١) .

ونحن نقضى حوالى ثلث حياتنا نائمين ، وهذا يعنى أن معظمنا ينام ٣٠٠٠ ساعة تقريباً فى العام ، والسؤال الذى يتردد دائماً هو كم ساعة نحتاجها من النوم ؟ يعتقد معظمنا أننا نحتاج إلى ثمان ساعات فى اليوم ، ولكن المعدل المثالى يختلف من شخص إلى آخر فمن خمس إلى ست ساعات فى الليلة تكون كافية لبعض الأفراد ليشعروا بالراحة التامة ، ويحتاج فريق آخر إلى تسع ساعات ، وينام الأطفال الرضع حوالى ١٦ ساعة فى اليوم ،

بينما تتراوح ساعات نوم طلاب الجامعة من سبع إلى ثمان ساعات في اليوم ، وتتغير أنماط النوم عندما يتقدم الأفراد في السن فعندما تتعدى الخمسين فإن إجمالي أو مجموع ساعات النوم يومياً ينخفض إلى أقل من ست ساعات ، بينما الأشخاص الذين يعانون من مشكلات تتعلق بالنوم نجدهم مترنحين ومتوعكين ويكونون دائماً سريعي الغضب ، ولك أن تتخيل كيف سيكون حالك إذا لم تحصل على نوم جيد في ليلة ما ، فإن علاقاتك بالآخرين ستكون متوترة ، ويكون من الصعب عليك أن تقوم بأداء عملك كما ينبغي ، كما تتضاءل كفاءتك وقدرتك الإنتاجية في العمل ، والأفراد الذين لا يحصلون على كفايتهم من النوم يتعرضون للعديد من المشاكل الصحية ويدخلون غالباً المستشفى بدرجة أكبر من الذين ينامون بطريقة عادية أو طبيعية (مورين Morin ، ١٩٩٣أ ، ٢١) .

والمشاكل المتعلقة بالنوم في الولايات المتحدة الأمريكية تتكلف تقريباً من ٣٠ - ٣٥ بليون دولار في العام ، وذلك من ناحية نقصان القدرة الإنتاجية للعامل ونسبة غياب العمال وما يتعلق بذلك من نتائج (تشلكوت وشابيرو Chilcott & Shapiro ، ١٩٩٦ ، ٧) .

ومن المعروف أن الاضطرابات المتعلقة بالنوم لها أسس سيكولوجية واضحة ، يضاف إلى ذلك أن مشكلات النوم تتفاعل مع العوامل السيكولوجية ، مما يؤدي إلى نتائج وخيمة على الصحة النفسية للفرد والمجتمع على حد سواء .

ولقد أكد فرويد Freud بدرجة شديدة على الأحلام وناقشها مع المرضى كطريقة لفهم أفضل لحياتهم العاطفية أو الانفعالية (أنك وآخرون

Anch et al. ، ١٩٨٨ ، ٢٨) ، والباحثون الذين منعوا أفراد العينة من النوم لفترات طويلة وجدوا أن الحرمان المزمن من النوم له تأثيرات قوية وواضحة ، فقد أوضحت نتائج إحدى الدراسات التى أجريت على مجموعة من المتطوعين الذين ظلوا مستيقظين لمدة ١١٢ ساعة (حوالى خمسة أيام تقريباً) أن سلوك هؤلاء الأفراد كان شاذاً وغريباً وكان شبيهاً بالسلوك الذهانى ، وأصبحوا يعانون من مشكلات تمثلت فى الشيزوفرينيا والاكتئاب الحاد والقلق (ديوراند Durand ، ١٩٩٨ ، ٢٩) ، وأوضحت نتائج دراسة أخرى أن الحرمان من النوم يؤدى إلى حدوث الاكتئاب (هيلمان وآخرون Hillman et al. ، ١٩٩٠ ، ١٣٤) .

واضطرابات النوم عند الأطفال تصاحبها عادة صعوبات التعلم واضطرابات السلوك (ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ص ١٥٢) ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال يحتاجون إلى وقت طويل لكى يتعافوا من الحرمان من النوم وذلك بدرجة أكبر من الكبار أو البالغين ، ولذا فإن تراكم النوم أثناء النهار يمكن أن يكون له تأثيرات ضارة على الأداء فى المدرسة وعلى التفاعلات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين (كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤١٥) .

واستناداً إلى الحقيقة التى تقضى بأن ما يقرب من ٣٠ % من الكبار ، ٢٥ % من الصغار يعانون من نوع ما من أنواع اضطرابات النوم فإن فهم سمات أو خصائص النوم وكذلك معرفة استراتيجيات تقدير وعلاج اضطرابات النوم تكون على درجة كبيرة من الأهمية (لوزوف وآخرون Lozoff et al. ، ١٩٨٥ ؛ ميندل Mindell ، ١٩٩٣) .

وأثناء مرحلة الطفولة ينخفض الوقت الكلى للنوم تدريجياً ، حيث يتراوح بين ٩,٥ – ١١ ساعة فى اليوم ، وتصبح دورة النوم واليقظة أكثر ثباتاً واتزاناً ، وأثناء مرحلة المراهقة فإن أوقات النوم تنخفض ، وهذا الانخفاض فى الوقت المتاح أو المتوافر للنوم يساهم فى الحرمان من النوم ، والنوم أثناء النهار (غفوات النوم) ، وهذا السلوك يتم رؤيته بصفة متكررة لدى المراهقين (شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ أ ، ١٧) .

تصنيف اضطرابات النوم :

يصنف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Manual Disorders (DSM - IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association (APA) اضطرابات النوم إلى :

القسم الأول : اضطرابات النوم التى لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلى أو لا ترجع إلى حالة طبية أو استخدام المواد المخدرة أو العقاقير ، وتنقسم إلى نوعين :

أ- **اضطرابات النوم الأولية (عسر النوم)** Dyssomnias أى اضطراب كمية النوم وكيفيته ووقته وتشمل :

- الأرق الأولى Primary Insomnia
- الإفراط فى النوم الأولى Primary Hypersomnia
- نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم) Narcolepsy
- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس Breathing - Related Sleep Disorder
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة Circadian Rhythm Sleep Disorder

- عسر النوم غير المصنف فى مكان آخر .

ب- **اضطرابات النوم الثانوية (مُخلات النوم)** Parasomnias وهى عبارة عن أحداث غير طبيعية تقع أثناء النوم وتحدث فى الفترة بين النوم واليقظة وتشمل :

- اضطراب الكوابيس الليلية Nightmares Disorder
- اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder
- اضطراب المشى أثناء النوم Sleepwalking Disorder
- مُخلات النوم غير المصنفة فى مكان آخر .

القسم الثانى : اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسى أو عقلى آخر وتشمل :

- الأرق المرتبط بالاضطرابات الكلينيكية واضطرابات الشخصية .
- الإفراط فى النوم المرتبط بالاضطرابات الكلينيكية أو اضطرابات الشخصية .

القسم الثالث : اضطرابات النوم الأخرى ، وتشمل :

- اضطراب النوم الذى يرجع إلى حالة طبية .
- اضطراب النوم المرتبط باستخدام المواد المخدرة أو العقاقير (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٥٦ - ٥٩٧) ، وسيتم التركيز على اضطرابات النوم الأولية ، وعلى وجه الخصوص الاضطرابات التى تنتشر بدرجة كبيرة بين الأفراد التى لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلى أو لا ترجع إلى حالة طبية أو إلى استخدام المواد المخدرة أو العقاقير ، وهذه الاضطرابات تنقسم إلى نوعين هما :

- عُسر النوم (اضطرابات النوم الأولية) Dyssomnias
- مُخلات النوم (اضطرابات النوم الثانوية) Parasomnias

الفصل الثانى

اضطرابات النوم الأولية

مقدمة :

تشير اضطرابات النوم الأولية إلى اضطراب صعوبة الدخول فى النوم أو مواصلته أو النوم المفرط ، وتتميز باضطراب فى كمية وكيفية النـوم ، وتضم اضطرابات النوم الأولية طبقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابـع للاضطرابات النفسية الأرق الأولى ، والإفراط فى النوم الأولى ، وغفـوات أو نوبات النوم المفاجئة ، واضطرابات النوم المرتبطـة بعمليـة التـنفس ، والانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات ، واضطراب مواعيـد النوم واليقظة ، وفيما يلى تناول هذه الاضطرابات بشئ من التفصيل .

١- الأرق Insomnia

الأرق هو قلة النوم الكافى لحاجة الجسم ويكون إما لصعـوبة البـدء فى النوم ، أو صعوبة الاستمرار فيه ، أو هو عدم القدرة على الدخول فـى النوم ، أو عدم القدرة على النوم المدة التى ينبغى أن ينامها الفرد إلى جانب حدوث تقطع متكرر للنوم أثناء الليل والنهوض مبكراً بغير المعتاد (حسـان شمسى باشا ، ١٩٩٣ ، ٩٣) ، أو هو حالة من عدم الاكتفاء الكمى والكيفى من النـوم تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت (أحمـد عكاشـة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٧) ، أى أن الأرق هو الشكوى من عدم القدرة على نوم كاف أو مشبع أو الحصول على نوم ردىء وذلك بسبب عامل أو أكثر من العوامل التالية :

- صعوبة البدء فى النوم .
- كثرة الاستيقاظ أثناء الليل مع صعوبة العودة إلى أو مواصلة النوم مـرة أخرى .
- الاستيقاظ فى وقت مبكر جداً فى الصباح .
- نوم غير منعش أو غير مريح أو غير مجدد للطاقة والحيوية .

ولا يحدد الأرق فى ضوء عدد الساعات التى ينامها الفرد ، فالأفراد يختلفون بطبيعة الحال فيما بينهم فى هذا الصدد ، ويسبب الأرق العديد من المشكلات أثناء اليوم مثل التعب أو الإجهاد ، وقلة الطاقة ، وصعوبة التركيز ، وسرعة الغضب .

ويعتبر الأرق من أكثر الشكاوى شيوعاً فى عيادات الأطباء ، وقد تبين فى أحد المسوح القومية فى أمريكا وجود اضطرابات خطيرة فى النوم لدى ٢٥ % من الأفراد الذين يتراوح عمرهم بين ٦٥ – ٧٠ عاماً مقارنة بـ ١٤ % فى المجموعة العمرية من ١٨ – ٣٤ عاماً وتبين أن ٢٠ % من جمهور المسح لديهم مشكلات متصلة بالأرق ولكنها أقل خطورة ، أما المجموعة العمرية من ٩ – ١٨ عاماً ينتشر الأرق لديهم بنسبة ٤٠ % (دافيسون ونيل Davison & Neale ، ١٩٩٤ ، ٥١٠) .

وعلى الرغم من أن المشكلات المتعلقة بالنوم أكثر شيوعاً أو انتشاراً بين الإناث ولاسيما فى سن اليأس ، وبين المرضى ، وكبار السن ، والمدخنين ، ومدمنى المشروبات الكحولية إلا أن المثير للدهشة انتشار اضطرابات النوم بين الشباب ، وتصل نسبة انتشار الأرق بين الإناث إلى ٨٠ % فى مقابل ٣٠ % لدى الذكور (أتيل وآخرون Attele et al. ، ٢٠٠٢ ، ٢٥٠) ، بينما يرى عدد آخر من الباحثين أن الأرق ينتشر لدى الذكور والإناث من جميع المجموعات العمرية ، وتزيد نسبة انتشاره بين الإناث عن الذكور بدرجة كبيرة ، ولاسيما بعد فترة توقف الحيض أو الطمث كما تزيد نسبة حدوث

الأرق بين كبار السن نظراً لأن الحاجة إلى النوم تقل بتقدم العمر (جونسون وآخرون Johnson et al. ، ١٩٩٨ ، ١٨١) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن الأرق لا يمكن اعتباره علة أو مرضاً لأنه لا يهدد حياة الفرد بأى حال من الأحوال إلا أنه يسبب الكدر ، والضيق ، والإحباط ، والتعب ، والإرهاق ، والاكتئاب ، وفى أسوأ الحالات يمكن أن يجعل المرء يشعر بأنه سيفقد عقله .

وقد أشار ألوى وآخرون Alloy et al. (١٩٩٦ ، ٤٤٦) إلى أن ثلث الأطفال فى عمر خمس سنوات ، ١٥% فى عمر ست سنوات ، ١٨ % فى عمر عشر سنوات يستيقظون بشكل متكرر أثناء الليل ، وهذا يعنى أن اضطراب الأرق يبدأ عند أى سن ولكنه يصبح متزايداً مع تقدم الفرد فى العمر .

وأهم ما يميز اضطراب الأرق الشكوى البارزة فى صعوبة النوم أو المحافظة عليه أو الشعور بعدم الراحة بعد النوم ، ويحدث هذا الاضطراب على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر ، وينتج عن هذا الاضطراب شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار أو ملاحظة الآخرين لبعض أعراض الاضطراب مثل سرعة الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفى خلال ساعات النهار ، ولا يشخص الاضطراب إذا كان الأرق يحدث فقط خلال مسار إيقاع النوم واليقظة أو ناشئاً عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٨٠) .

ويلاحظ ارتفاع نسبة الأرق بين الأطفال ، وخاصة الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (محمود عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ؛ حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ؛ حيث يعاني منه حوالى ٢٠ % من مجموع سكان العالم (إدى ووليبروهل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ ، ١٩١١) ، والأفراد الذين يعانون من الأرق يكون لديهم تاريخ سابق من النوم الخفيف بمعنى أن نومهم يتأثر بسهولة بالمشوشات (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨) .

ويعاني من مشكلة الأرق أعداد كبيرة من الأفراد ، وبمراجعة

الدراسات المسحية لانتشار الأرق أظهرت هذه الدراسات أن ما يقرب من ٥٠ % من الأفراد في منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت ، وفي دراسة أجريت في سويسرا وجد أن ٧ % من الذكور ، ١٢ % من الإناث في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة كان نومهم سئ للغاية مما جعل آبائهم يلجأون إلى طلب المشورة الطبية (لطفي الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٥٣) .

ويتمثل الأرق في تعذر الاستمرار في النوم أو الاستيقاظ الكثير سواء خلال النوم أو قبل الدخول في النوم ومواجهة صعوبات في بدء النوم (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ، ٣٠٢ – ٣٠٣) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ، وغالباً ما يكون سببه مرض نفسي أو عقلي أو صراع داخلي ، أو يكون نتيجة اضطراب

وجداني أو انشغال الفرد بأمور الحياة ، وحينما يكون الأرق خفيفاً فإن تأمين المريض وطمأنته يكونان كافيين لراحته أما إذا اشتد الأرق فقد يكون عرضاً من أهم أعراض الأمراض النفسية والعقلية (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠١) .

أشكال الأرق :

يأخذ الأرق ثلاثة أشكال هى :

الشكل الأول : أرق بداية النوم :

هذا الشكل هو أكثر أشكال الأرق شيوعاً ، ويطلق عليه البعض أرق صعوبة الدخول فى النوم ويصاحب هذا الأرق استيقاظ متكرر ، وفى هذه الحالة يعانى الشخص من البقاء فى الفراش لمدة طويلة تصل إلى عدة ساعات انتظاراً للدخول فى النوم ، وخلال هذه الفترة يتقلب فى الفراش ويتحرك فى قلق مع مرور الوقت ، وكلما استمر الشخص فى محاولات للدخول فى النوم يتزايد شعوره بالقلق والإحباط مما يزيد من صعوبة الاستسلام للنوم .

الشكل الثانى : أرق مواصلة النوم :

أهم ما يميز هذا الشكل كثرة الاستيقاظ ليلاً أو النوم المتقطع كما أن النوم يكون سطحياً يتبعه العودة إلى النعاس مرة بعد أخرى مما يؤدى إلى عدم حصوله على فترة كافية من النوم .

الشكل الثالث : أرق نهاية النوم :

حيث يصحو الفرد قبل الفجر وهو ما يسمى بالاستيقاظ المبكر ، ويصعب عليه أن ينام بعد ذلك ، وقد يطلق البعض على هذا الشكل أرق

ويلاحظ ارتفاع نسبة الأرق بين الأطفال ، وخاصة الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (محمود عودة وكمال مرسي ، ١٩٨٦ ؛ حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ؛ حيث يعاني منه حوالى ٢٠ % من مجموع سكان العالم (إدى ووبلبروهل Eddy & Walbrochl ، ١٩٩٩ ، ١٩١١) ، والأفراد الذين يعانون من الأرق يكون لديهم تاريخ سابق من النوم الخفيف بمعنى أن نومهم يتأثر بسهولة بالمشوشات (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨) .

ويعاني من مشكلة الأرق أعداد كبيرة من الأفراد ، وبمراجعة

الدراسات المسحية لانتشار الأرق أظهرت هذه الدراسات أن ما يقرب من ٥٠ % من الأفراد في منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت ، وفي دراسة أجريت في سويسرا وجد أن ٧ % من الذكور ، ١٢ % من الإناث في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة كان نومهم سئ للغاية مما جعل آباءهم يلجأون إلى طلب المشورة الطبية (لطفي الشربيني ، ٢٠٠٠ ، ٥٣) .

ويتمثل الأرق في تعذر الاستمرار في النوم أو الاستيقاظ الكثير سواء خلال النوم أو قبل الدخول في النوم ومواجهة صعوبات في بدء النوم (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ، ٣٠٢ - ٣٠٣) .

ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ، وغالباً ما يكون سببه مرض نفسي أو عقلي أو صراع داخلي ، أو يكون نتيجة اضطراب

ساعات الصباح الأولى ، وهذا النمط من الأرق له دلالة مرضية إذ يرتبط عادة بالاكتئاب النفسى إلى جانب القابلية للدخول فى النوم أثناء النهار، وعدم القدرة على إنجاز الأنشطة اليومية التالية للنوم (ليندساى وجاهنشهاى Lindsay & Jahanshahi ، ١٩٩٥ ، ٥٩٢) ، وقد يذكر الشخص الذى يعانى من الأرق واحداً أو أكثر من هذه الأشكال السابق ذكرها .

وهناك تصنيف آخر للأرق ؛ حيث يصنف إلى أرق عارض أو مؤقت Transient Insomnia إذا استمر من ليلة واحدة إلى ثلاث أو أربع أسابيع ، أما إذا حدثت فترات الأرق المؤقت من وقت إلى اخر أو على فترات تقدر بشهور فإنه يسمى بالأرق المتقطع Intermittent Insomnia ولكنه يصبح مزمناً Chronic عندما يستمر كل ليلة تقريباً لمدة شهر على الأقل ، وفيما يلى تناول هذه الأنواع بشيء من التفصيل :

أ - الأرق العارض أو المؤقت (قصير الأمد) :

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر بضعة ليال أو أسابيع فقط ، ويرتبط عادة بحدوث مسبب للتوتر أو الضغوط مثل التقدم للامتحان أو فقدان شخص عزيز ، أو عدم الراحة الجسمية أو العاطفية ، أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة بسبب الإرهاق الناتج عن رحلة طيران طويلة ، أو الآثار الجانبية التى تحدثها بعض الأدوية ، ويطلق البعض على هذا النوع من الأرق اسم الأرق الأولى Primary Insomnia بمعنى أن الشخص يكون لديه مشكلات تتعلق بالنوم لا ترتبط ارتباطا مباشراً بأية حالة أو مشكلة صحية ، ويوصف هذا الأرق بأنه عابر أو متقطع بمعنى أنه يحدث ويزول .

وقد لا يتطلب الأرق المؤقت أو المتقطع علاجاً وذلك لأن فترات الأرق تدوم لبضعة أيام فقط ، فمثلاً إذا كان الأرق ناتجاً عن اضطراب مواعيد النوم اليقظة كما هو الحال بعد الإرهاق بسبب السفر الجوى فإن الساعة البيولوجية للفرد ستعود إلى حالتها الطبيعية غالباً من تلقاء نفسها ، ومع ذلك بالنسبة لبعض الأفراد الذين يعانون من النوم خلال النهار ، أو الأداء الضعيف نتيجة للأرق العابر فإن استخدام الأقراص المنومة ذات المفعول القصير الأمد تحسن مواعيد النوم واليقظة فى اليوم التالى ، وكما هو الحال مع جميع العقاقير الطبية توجد آثار جانبية ممكنة ، ولا يوصى عادة باستخدام الأقراص المنومة التى تباع بدون تذاكر أو توصية طبية .

ب - الأرق المزمن (طويل الأمد) :

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر لأسابيع عديدة أو شهور عديدة وقد يستمر لعدة سنوات ، ويحدث عادة عندما يعانى الشخص من الأرق لمدة ثلاث ليال على الأقل فى الأسبوع ولمدة شهر أو أكثر ، ويمكن أن يحدث نتيجة للعديد من الأسباب ، والأسباب الشائعة لحدوثه هى الاكتئاب ، والضغوط المزمنة ، وغالباً ما يكون مرتبط بمشاكل صحية مثل التهاب المفاصل ، وقصور القلب ، والربو ، وأمراض الكلى ، ومرض باركينسون ، وفرط نشاط الغدة الدرقية ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، كما أن هناك عوامل سلوكية تسهم فى حدوثه مثل اضطراب مواعيد النوم واليقظة كما يحدث فى العمل خلال ورديات الليل ، وسوء استخدام الكافيين وغيرها من المواد ، ويطلق البعض على هذا النوع من الأرق اسم الأرق الثانوى بمعنى أن الشخص الذى يعانى من الأرق المزمن يكون لديه مشكلات تتعلق بالنوم بسبب شىء آخر مثل الحالة الصحية .

ويرى مورين Morin (١٩٩٣ ب ، ٢١ – ٢٤) أنه فى إطار هذين النوعين يتخذ الأرق شكلاً أو أكثر من الأشكال التالية :

أ- صعوبة حدوث النوم :

ويكون ذلك أكثر شيوعاً وانتشاراً بين المراهقين والشباب .

ب- النوم الخفيف أو غير المريح أو المتقطع :

وهذا النوم يتخلله فترات عديدة من الاستيقاظ أو استلقاء الفرد مستيقظاً فى منتصف أو وسط الليل ، ويكون ذلك أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ عاماً ، وفى الأفراد الأصغر سناً ربما يصاحبه الاكتئاب .

جـ- الاستيقاظ مبكراً وعدم القدرة على مواصلة النوم :

ويكون ذلك أكثر شيوعاً لدى الأفراد كبار السن أو الأفراد القلقين من شىء على وجه الخصوص .

ويصاحب الأرق الكثير من الاضطرابات الطبية والنفسية التى تتمثل فى الألم وعدم الراحة الجسمية ، والخمول أثناء النهار ، والمشكلات التى تتعلق بالتنفس ، وانخفاض وقت النوم أو معاناة الفرد من الأرق المصحوب بالقلق ، واضطراب استخدام المادة Substance Use Disorder ، ويسبب تناول المشروبات الكحولية العديد من المشاكل والاضطرابات ، وقد يستخدم البعض المشروبات الكحولية للبدء فى أو إحداث النوم معتقدين أن تناولها بكميات صغيرة يسبب النوم ، إلا أنها تعوق النوم المستمر ، وتؤدى إلى النوم المتقطع الذى يسبب القلق ، مما يدفع الفرد إلى الاستخدام المتكرر للمشروبات الكحولية ، ويؤدى ذلك إلى حلقة مفرغة بدرجة واضحة .

وعلى الرغم من الاستخدام الشائع للفظ الأرق بمعنى عدم النوم فإنه ينطبق فى الحقيقة على عدد من المشكلات أو الأعراض المرضية فالناس يعتبرون أنفسهم يعانون من الأرق إذا كان لديهم مشكلة أو اضطراب فى النوم أثناء الليل (صعوبة البدء فى النوم) أو إذا استيقظوا مراراً وتكراراً أثناء النوم أو إذا استيقظوا فى وقت مبكر أكثر من اللازم ولم يقدروا على العودة إلى النوم مرة أخرى (صعوبة الاستمرار فى النوم) أو إذا ناموا عدداً معقولاً من الساعات ولكنهم يشعرون بأنهم غير مرتاحين فى اليوم التالى (النوم الذى لا يعيد النشاط والحيوية) .

إحصائيات انتشار الأرق :

تشير المسوح التى أجريت على الجمهور على مدى عام كامل أن انتشار شكاوى الأرق تتراوح بين ٣٠ % – ٤٠ % لدى الراشدين (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٧) ، ويذكر ثلث العينة السكانية تقريباً فى أى مرحلة عمرية بعض الأعراض المرضية للأرق ، وأن ١٧ % من مشكلاتهم المتعلقة بالنوم كانت حادة (جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٤) .

وأوضحت نتائج دراسة فورد وكاميرو Ford & Kamerow (١٩٨٩ ، ١٤٨٠ – ١٤٨١) أن ٣١ % من الأفراد الذين عبروا عن مخاوفهم بشأن النوم أصبحوا بعد مرور عام يعانون من صعوبات النوم ، وتعنى هذه النتيجة أن المشكلات المتعلقة بالنوم ربما تصبح مزمنة ، كما أوضحت نتائج دراسة وينتى وآخرون Whitney et al. (١٩٩٨ ، ٣٤) أن ٢٠ % من الأشخاص المتقدمين فى السن يذكرون حالات النعاس الزائد عن الحد أثناء النهار .

والشكوى من الأرق تختلف فى درجة التكرار أو الحدوث بين الأفراد ذوى الأعمار المختلفة ، فالأطفال الذين لديهم صعوبة فى النوم تنتابهم عادة نوبات من الذعر أو لا يريدون الذهاب إلى الفراش ، وتقديرات الأرق بين الأطفال الصغار تتراوح من ٢٥ % إلى أكثر من ٤٠ % (ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٥٥) ، وهذه النسبة المئوية تنخفض فى مرحلة المراهقة وفى مرحلة الرشد المبكر ولكنها ترتفع إلى ٢٥ % مرة أخرى لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً (ميلنجر وآخرون Mellinger et al. ، ١٩٨٥ ، ٢٢٦) ، وهذه الزيادة فى نسبة الأرق بين الأفراد الأكبر سناً لا معنى لها عندما نتذكر أن عدد الساعات التى ينامها أى منا عندما يصل إلى هذه السن ينخفض ؛ حيث يصل إلى أقل من ٦ ساعات كما يتم الاستيقاظ عدة مرات كل ليلة .

وتشير الدراسات المسحية إلى أن اضطرابات النوم تكون أكثر انتشاراً بين الإناث عنها لدى الذكور ، وأنها تصبح أكثر انتشاراً وتكراراً بتقدم العمر، وتشير هذه الدراسات أيضاً إلى ارتفاع نسبة الأطفال الذين يعانون من الأرق فى الطفولة المتأخرة (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٢٠) .

ونظراً لأن درجة انتشار الأرق بين الإناث تصل إلى ضعف انتشاره بين الذكور ، هل يعنى ذلك أن الذكور ينامون بدرجة أفضل من الإناث ؟ إن ذلك ليس بالضرورة فالمشكلة المتعلقة بالنوم تعتبر اضطراباً فقط إذا شعر الفرد بعدم الراحة تجاهها ، فالإناث ربما يتم تشخيصهن غالباً على أنهن يعانين من الأرق أو لديهن أرق لأنهن غالباً يتذكرن المشكلة وليس

بالضرورة أن يضطـرب نومهن بدرجة أكبر ، وربمـا يكن أكثر وعياً أو دراية بأنماط نومهن بدرجة أكبر من الذكـور أو ربما يسعين إلـى طلـب المساعدة ويعترفن بوجوالاضطراب بدرجة أكبـر ، ويـرى موريـس وآخرون Morris et al. (١٩٩٠ ، ١٠ – ١١) أن الأرق يرتبط بمشكلات خاصة بالساعة البيولوجية وتحكمها فى درجة حرارة الجسم ، فالأفراد الذين يعانون من الأرق يكون لديهم إيقاع متأخر لدرجـة الحـرارة ، لأن درجـة حرارة أجسامهم لا تنخفض ولا يشعرون بالنعاس أو الخمول إلا فى وقـت متأخر من الليل .

وتوصل عدد كبير من الباحثين إلى أن الأفـراد الذين يعـانون مـن الأرق تكون درجة حرارة أجسامهم أعلى من درجة حرارة أجسـام الأفراد الذين ينامون نوماً جيداً ، كما أن تقلب درجة حرارة أجسامهم بين الارتفـاع والانخفاض يكون ضئيلاً .

ومن العوامل الأخرى التى يمكن أن تتدخل فى النوم استخدام العقاقير أو المخدرات ، والتنوع فى التأثيرات البيئية مثل تغير الضوء والضوضـاء ودرجة الحرارة ، كما أن الاضطرابات الأخرى للنوم مثل توقف أو انقطاع التنفس أثناء النوم ، واضطراب الحركة الدورية للأطراف Periodic Limb Movement Disorder (مثل اهتزاز الأرجل الزائد عن الحد) يمكـن أن تسبب النوم المتقطع وربما تبدو مشابهة للأرق ، وأخيـراً فـإن الضـغوط النفسـية Psychological Stresses المتعـددة يمكـن أن تعـوق النـوم (مورين Morin ، ١٩٩٣ ب ، ٢٦) ، فالضغوط النفسية التى نمـر بهـا خلال أوقات الامتحان مثلاً أو خلال وجود مشاكل عاطفية ... الخ تتدخل فى نومنا ولو مؤقتاً على الأقل .

والأفراد الذين يعانون من الأرق ربما يكون لديهم توقعات غير واقعية Unrealistic Expectations عن كمية النوم التى يحتاجونها (أحتاج إلى ثمان ساعات كاملة) وعن ما سوف يكون عليه النوم المضطرب (سأكون غير قادر على أن أفكر أو أقوم بأداء وظيفى إذا نمت لمدة ٥ ساعات فقط) (مورين وآخرون Morin et al. ، ١٩٩٣ ، ١٣٩) ، وهذا يعنى أن أفكارنا غير الواقعية تعوق أو تشوش نومنا وأسلوبنا فى الحياة .

وقد يتساءل البعض هل النوم الردئ سلوكاً يتم تعلمه ؟ من المعروف أن التفاعلات المصاحبة للنوم تسهم فى حدوث العديد من المشكلات ، فعلى سبيل المثال أظهرت نتائج إحدى الدراسات أنه عندما يكون أحد الوالدين موجوداً بجوار الطفل عند النوم فإن الطفل من المحتمل بدرجة أكبر أن يستيقظ أثناء الليل (آدر وآخرون Adair et al. ، ١٩٩١ ، ٥٠١) ، كما أن بعض الأطفال يتعلمون النوم فقط فى حالة وجود أحد الوالدين ، وإذا استيقظوا فى الليل فإنهم ينزعجون ويخافون عندما يجدون أنفسهم وحيدين أو بمفردهم ، وفى هذه الحالة يضطرب نومهم .

وبحوث النوم عبر الثقافات المتعددة ركزت بدرجة أساسية على الأطفال ، ففى الثقافة السائدة فى الولايات المتحدة الأمريكية ينام الأطفال بمفردهم فى سرير مستقل ، وإذا أمكن فى حجرة منفصلة ، وفى ثقافات أخرى كثيرة كما فى مناطق متنوعة فى ريف جواتيمالا وكوريا Guatemala & Korea وفى المناطق الحضرية فى اليابان فإن الطفل يقضى سنوات عمره الأولى فى نفس الحجرة وأحياناً فى نفس الفراش الذى تنام فيه الأم

(موسكو وآخرون Mosko et al. ، ١٩٩٧ ، ١٤٣) ، وفى كثير من الثقافات تذكر الأمهات أنهن لا يتجاهلن صراخ أطفالهن (لى Lee ، ١٩٩٢ ؛ موريلى وآخرون Morelli et al. ، ١٩٩٢) ، وهذا يتناقض بشدة مع ما هو متبع فى الولايات المتحدة الأمريكية ؛ حيث يوصى معظم أطباء الأطفال الوالدين بتجاهل صراخ أطفالهم الرضع أثناء الليل (فيربر Ferber ، ١٩٨٥أ ، ٢١) .

وأوضحت نتائج دراسات متعددة أجريت فى هذا الصدد أن نوم الأطفال يتأثر بطريقة سلبية بالمعايير الثقافية السائدة كما هو الحال فى الولايات المتحدة الأمريكية وأن المطالب التى لا يتم تلبيتها تؤدى إلى ضغوط نفسية تؤثر بطريقة سلبية على النتيجة النهائية لنوم الأطفال (ديوراند ومينديل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٣٩) .

وقد لاحظ آدر وآخرون Adair et al. (١٩٩١ ، ٥٠١) أن الأطفال الذين يستيقظون من وقت إلى آخر أثناء الليل ينامون غالباً فى وجود الوالدين أو بجوارهم ، وربما يكون الأفراد عرضة من الناحية البيولوجية للنوم المقلق أو المضطرب وهذه القابلية تختلف من شخص إلى آخر ، ويمكن أن تتراوح من اضطرابات معتدلة إلى اضطرابات حادة أو شديدة ، فعلى سبيل المثال ربما يكون شخص ما نومه خفيف (أى يثار بسهولة أثناء النوم) أو لديه تاريخ مرضى عائلى للأرق أو نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم) أو توقف التنفس المفاجىء أثناء النوم وكل هذه العوامل يمكن أن تؤدى فى النهاية إلى حدوث المشكلات التى تتعلق بالنوم ، وهذه التأثيرات

تكون عو مل مهيئـــة للاضـــطراب (ســبيلمان وجلوفنســكى Spielman & Glovinsky ، ١٩٩١ ، ٣) ، وربمـــا لا تكـــون هـــذه العوامـــل فـــى حد ذاتها سببة للاضطراب دائماً بـــل أنهـــا ربمـــا تتحـــد مـــع عوامـــل أخرى للتدخل فى عملية النوم أو إعاقتهـــا ، والشـــكل التـــالى يعبـــر عـــن نموذج متكامل متعدد الأبعاد لتفسير اضطرابات النوم .

القابلية البيولوجية أو الاستعداد البيولوجى لاضطراب النوم
توتر أو انعصاب النوم
النوم غير الصحى أو الردئ ، والمتطلبات الثقافية فى النوم
اضطراب
النوم
تفاعلات غير تكيفية
مثل : غفوات النوم ، نوم القيلولة ، تغيير مواعيد النوم
التفاعلات الوالدية ، التطبيب الذاتى

نموذج متكامل متعدد الأبعاد لتفسير اضطرابات النوم
(بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٢)

وتتضمن القابلية البيولوجية عدداً من الأحداث التى تؤثر بطريقة سلبية على النوم منها على سبيل المثال العادات السيئة قبل وقت النوم مثل تناول الكثير من السوائل ، والمشروبات الكحولية ، والكافيين ، وتؤدى هذه القابلية البيولوجية أو الاستعداد البيولوجى إلى توتر النوم أو إلى حدوث النوم غير الصحى أو الردىء (ديوراند Durand ، ١٩٩٨ ، ٣١) كما أن القابلية البيولوجية أو الاستعداد البيولوجى وتوتر النوم يؤثران فى بعضهما البعض ، وعلى الرغم من أننا نفترض بديهياً أن العوامل البيولوجية تأتى أولاً فإن التأثيرات الخارجية مثل النوم غير الصحى أو السئ ، وكذلك النشاطات اليومية تؤثر على النشاط الفسيولوجى للنوم وأحد الأمثلة الواضحة لهذه الظاهرة هو الإرهاق الناتج عن السفر بالطائرة ؛ حيث تضطرب أنماط نوم الأفراد أحياناً بدرجة كبيرة وذلك عندما يسافرون بالطائرة لمناطق بعيدة ومختلفة التوقيت ، وسواء استمر الاضطراب أو أصبح أكثر حدة فإن ذلك يعتمد على كيفية تصرف الأفراد فى هذه الأمور ، فعلى سبيل المثال يتفاعل كثير من الناس مع اضطراب النوم بتناولهم أقراص منومة يتم شرائها من الصيدليات بدون تذكرة طبية ، ولسوء الحظ فإن معظم الأفراد لا يدركون أن الأرق المرتد Rebound Insomnia يحدث عندما يتم التوقف عن تناول هذه الأدوية ، وهذا الارتداد أو معاودة الحدوث يدفع الناس إلى الاعتقاد بأنهم يعانون من اضطرابات تتعلق بالنوم ، وهناك طرق أخرى للتفاعل أو التعامل مع النوم السئ يمكن أن تطيل أمد المشكلات ، فالشخص الذى لم يتناول قسطاً كافياً من النوم يمكن أن يعوض هذا الفقد بالنوم لفترة قصيرة أثناء النهار ، ولسوء الحظ فإن هذه الغفوات التى تخفف التعب أثناء النهار تعوق النوم فى الليلة التالية ، ويمكن للقلق أيضاً أن يساعد على تفاقم المشكلة

فالرقاد فى الفراش والقلق بشأن المدرسة والانزعاج بشأن المشكلات العائلية أو حتى التفكير فى عدم القدرة على النوم يتدخل فى النوم أو يعوقه (مورين Morin ، ١٩٩٣ب ، ١٨) .

ويساعد سلوك الوالدين على استمرار مشكلات النوم لدى الأطفال ، فالأطفال الذين يتلقون قدراً كبيراً من الانتباه أو الاهتمام الإيجابى من جانب الوالدين عندما يستيقظون أثناء الليل يسهم ذلك فى استيقاظهم فيما بعد أثناء الليل بدرجة أكبر (ديوراند ومينـدل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٣٨) ، ومثل هذه التفاعلات غير التكيفية عندما ترتبط أو تتحد مع الاستعداد البيولوجى لمشكلات النوم وتوتر النوم ربما تفسر سبب استمرارية اضطرابات النوم ، يضاف إلى ذلك أن تداخل اضطرابات النوم مع الاضطرابات السيكولوجية مثل القلق والاكتئاب يزيد الأمر حدة لأن القلق يعوق النوم بدرجة أكبر مما يجعل الفرد أكثر قلقاً ، ومن الصعب أن نجد شخصاً لديه اضطراب بسيط فى النوم ولا توجد لديه مشاكل متعلقة بهذا الأمر .

ويتميز الأرق الأولى بصعوبة البدء فى النوم أو المحافظة عليه أو الاستمرار فيه ، وهذه الصعوبات يجب أن تتواجد لمدة شهر على الأقل ، ويعتبر التعب أو الإرهاق أثناء النهار ، وسرعة الغضب ، وضعف التركيز ، وتشتت الانتباه ، والقلق من الملامح أو المعالم الشائعة للأرق الأولى ، وعندما تحدث صعوبة فى بدء النوم أو الاستمرار فيه أثناء مرحلة الطفولة فإن هذه الصعوبة ترتبط عادة بعوامل بيئية وعوامل شرطية مثل القلق الحاد أو الشديد Acute Anxiety الذى يرجع إلى المدرسة وما يتعلق بها من

موضوعات أو قضايا ، أو تغيير محل إقامة الأسرة ، والحدود الشديدة أو الصعبة التى يضعها الوالدان ، وغياب أو عدم وجود الروتين المألوف أو الشئ المعتاد مثل وجود زجاجة ماء أو بطانية أو هز الطفل لكى ينام أو تناول الطعام والشراب قبل وقت النوم ، ويحدث الأرق الأولى عادة قبل سن المدرسة ، وأرق الطفولة يتناقص تدريجياً بصورة طبيعية بمرور الوقت .

ويعانى حوالى ٣٥ % من الأطفال من نوع أو آخر من اضطرابات النوم أثناء مرحلة الطفولة (لوزوف وآخرون Lozoff et al. ، ١٩٨٥ ؛ ميندل Mindell ، ١٩٩٣) ، وعلى الرغم من ذلك فإن اضطرابات النوم أقل شيوعاً لدى الأطفال مقارنة بالكبار ، ولكن الكثير من الأطفال يعانون من هذه الاضطرابات (ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٥٤) ، وقلق الوالدين أو ضيقهما بشأن الصعوبة التى يواجهها الطفل للبدء فى النوم والاستمرار فيه تدفعهم عادة إلى البحث عن الاستشارة الكلينيكية (فيربر Ferber ، ١٩٨٧أ ، ١٦٦) .

والأعراض المرضية للأرق عند الأطفال تتضمن نوماً زائداً عن الحد خلال وقت النهار ، وضعف التركيز ، وتدهور الأداء أو التحصيل فى المدرسة ، وأسباب الأرق عند الأطفال تختلف عن أسباب الأرق عند الكبار ، فالقواعد غير الصحية أو الرديئة فى النوم ، والمخاوف من الكوابيس والتفاعلات غير السوية بين الوالدين والطفل عند وقت النوم تمثل الأسباب الرئيسية للأرق فى مرحلة الطفولة (فيربر Ferber ، ١٩٨٧ب ، ١٤٣) .

كما أن التأثيرات الشرطية ربما تساعد على استمرار الأرق أو قلة

النوم فمثلاً الانتباه أو الاهتمام من جانب الوالدين استجابة لمخاوف الطفل من الكوابيس يتم تقويتها أو تعزيزها وربما تساهم فيما بعد فى صعوبة البدء فى إحداث النوم ، كما أن تناول الأدوية مثل الميثيل فينديت Methylphenidate وكذلك الأدوية أو المواد التى تحتوى على الكافيين Caffeine تؤدى إلى حدوث الأرق ، وعمل مفكرة أو سجل للنوم لفترة أسبوعين يعتبر وسيلة أو طريقة فعالة لتقييم هذه العوامل بشرط أن تكون تسجيلات الوالدين خلال هذه الفترة دقيقة إلى أكبر درجة ، ونظراً لأن هناك مجموعة من العوامل الفسيولوجية يمكن أن تؤدى إلى حدوث الأرق فإنه يوصى بعمل تقييم طبى شامل ودقيق للطفل وذلك كخطوة أولى فى عملية التقييم (كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٨٢ ، ٤) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) فإن المحكات التشخيصية للأرق الأولى تتمثل فى :

أ- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة بدء النوم أو الدخول فيه أو الاستمرار فيه أو النوم غير المريح الذى لا يساعد على النشاط والحيوية لمدة شهر على الأقل .

ب- أن يسبب هذا الاضطراب كرباً دالاً كلينيكياً أو خللاً فى الأداء الاجتماعى والمهنى أو أى مجالات أخرى من الأداء .

جـ- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy ، أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس Breathing Related Sleep Disorder ، أو اضطرابات النوم الثانوية (مُخلات النوم) Parasomnias .

د- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلى آخر مثل اضطراب الاكتئاب الحاد أو القلق المعمم أو الهذيان (التخريف أو اضطراب الوعى) Delirium .

هـ- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة الناتجة عن تعاطى المواد المؤثرة نفسياً مثل تعاطى المخدرات أو المداواة باستخدام الأدوية النفسية ، ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٥٧) .

تشخيص الأرق :

لكى يتم تشخيص الأرق بدقة يجب أن يتضمن التشخيص ما يلى :

- الفحص الجسمى .
- تاريخ الحالة المرضية أو تاريخ حدوث الأرق واستمراره .
- التاريخ المتعلق باضطرابات النوم بصفة عامة .

ويجب أن يتضمن التشخيص عمل مفكرة يسجل الفرد فيها كل ما يتعلق بنومه لمدة أسبوع أو أسبوعين أو أكثر بحيث يتمكن من تتبع أنماط نومه ، وكذلك التغيرات المختلفة التى يشعر بها أو تنتابه أثناء النهار مثل الخمول أو الإرهاق ...الخ ، كما يجب أن يتضمن التشخيص أيضاً عمل مقابلة شخصية مع شريك الفرد فى الفراش ليدلى بمعلومات عن كمية وكيفية نوم الفرد ، وفى بعض الحالات يتم إحالة الفرد من قبل الطبيب إلى مركز لعلاج اضطرابات النوم وذلك لعمل بعض الاختبارات الخاصة ، ويعتمد التشخيص النهائى للأرق على التقارير الذاتية للمرضى عن أنماط نومهم والتى تشتمل على الشكوى من النوم

المقلق ، والمصاعب التى تتعلق ببداية حدوث النوم أو الدخول فيه واستمراره ، ويجب أن تكون الأعراض المرضية كافية بحيث تؤدى إلى كرب أو ضيق انفعالى دال وتعوق الفرد عن تأدية وظائفه أو أعماله .

وعند تشخيص الأرق يجب مراعاة ما يلى :

أ - استبعاد وجود مرض عضوى وآلامه المصاحبة مثل الاضطرابات المعوية ، وصعوبة التنفس ، وارتفاع درجة الحرارة ، والآلام الجسمية المتنوعة .

ب - ألا يكون الأرق عرضاً من أعراض الأمراض النفسية والعقلية كالقلق ، والاكتئاب التفاعلى أو الذهانى أو غيرها .

ج - ألا يتم تشخيص الأرق بمعزل عن العلامات والمظاهر الطبية والنفسية المصاحبة له ، وكقاعدة طبية عامة فإن الأرق لابد أن يكون مصحوباً بحالة مرضية أخرى ، ويتم تصنيف الأرق على أنه أرق أولى Primary Insomnia حين لا توجد أعراض مصاحبة له ، بينما الأرق الثانوى Secondary Insomnia يكون جزءاً من حالة مرضية عضوية أو نفسية (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ٥٤) .

د - يصاحب اضطراب الأرق شكوى متعددة وغير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٨٠) .

هـ - أن الأفراد المصابين بالأرق الأولى يكون لديهم تاريخ سابق من النوم الخفيف أى أن نومهم يتأثر بسهولة بالمشوشات ، والحساسية الزائدة تجاه المؤثرات اليومية لفقدان النوم ، كما توجد أعراض القلق

والاكتئاب التى لا تستوفى المحكات التشخيصية لأى منهما (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨) .

أعراض الأرق :

يصاحب الأرق العديد من الأعراض منها :

١- الشعور بالتعب أثناء النهار .

٢- حدوث صداع متكرر .

٣- سرعة الغضب .

٤- عدم القدرة على التركيز أو فقدان التركيز .

٥- الخمول وعدم الشعور بالانتعاش عند الاستيقاظ .

٦- النوم غير المنعش أو غير المجدد للطاقة والحيوية .

٧- صعوبة النعاس أو الدخول فى النوم بسرعة ؛ حيث يستغرق الفرد فترة تزيد على ٣٠ أو ٤٠ دقيقة لكى يغلبه النعاس .

٨- الاستيقاظ المتكرر أثناء النوم ليلاً ، وعدم القدرة على مواصلة النوم مرة أخرى .

٩- الاستيقاظ مبكراً فى الصباح وعدم القدرة على العودة إلى النوم مرة أخرى .

١٠- استخدام الأقراص المنومة ، وتناول المشروبات الكحولية للمساعدة على النوم .

ويمكن للأرق أن يسبب مشكلات خلال اليوم مثل النعاس أو الشعور بالحاجة إلى النوم ، والتعب أو الإرهاق ، والشخص الذى يعانى من الأرق ربما يكون لديه اضطرابات أخرى فى النوم مثل توقف التنفس أثناء النوم ،

٧- تغيير المكان كالانتقال إلى منزل جديد أو مدينة جديدة أو البدء في الدراسة الجامعية .

٨- العوامل البيئية مثل الضوضاء ، أو درجات الحرارة الزائدة جداً عن الحد (سواء جو حار أو بارد) والتي تعوق النوم وتسبب عدم الراحة .

٩- الأشياء التي تعوق أو تؤثر على النوم الطبيعي مثل التعب أو الإرهاق بعد رحلة طيران أو التحول في العمل من وردية نهارية إلى وردية ليلية .

١٠- المخدرات وعقاقير الاستجمام التي تتضمن النيكوتين ، والكافيين ، والهيروين ، والكوكايين ، والمنشطات النفسية ، وتعاطي القنب وهو نوع من المخدرات ينتشر في بلاد اليمن .

١١- تعاطي الأقراص والحبوب المنومة والمهدئة التي تسبب اضطراب النوم وكذلك بعض الأدوية التي تتضمن أقراص منع الحمل ، ومدرات البول وأقراص التخسيس ، والمنبهات وغيرها .

١٢- يحدث الأرق المزمن نتيجة لمجموعة مركبة من العوامل التي تتضمن الاضطرابات البدنية ، والعقلية ، وأحد الأسباب الأكثر شيوعاً للأرق المزمن هو الاكتئاب ، والأسباب الجوهرية الأخرى تتضمن التهاب المفاصل ، وأمراض الكلى ، وقصور أو هبوط القلب ، والربو ، وانقطاع التنفس أثناء النوم ، والسُبات أو الغفوة النومية ، ومرض باركنسون Parkinson's Discase أو الشلل الرعاش الذي يصاحبه رعشة الأطراف ، وزيادة إفراز الغدة الدرقية ، كما يرجع الأرق

المزمن أيضاً إلى عوامل سلوكية تشتمل على سوء استخدام أو الإفراط فى تناول المواد المحتوية على الكافيين والمواد الكحولية ، كما يحدث الأرق المزمن أيضاً نتيجة اضطراب مواعيد النوم واليقظة والضغوط المزمنة .

١٣- يحدث الأرق العابر أو المؤقت نتيجة المرور بعامل أو أكثر من العوامل التالية :

- الضغوط النفسية .
- الضوضاء أو الصخب البيئى .
- درجة الحرارة الزائدة عن الحد الطبيعى أو المنخفضة عن الحد الطبيعى .
- تغير البيئة المحيطة بالفرد .
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة .
- الآثار الجانبية للأدوية .

١٤- هناك بعض السلوكيات التى تساعد على استمرار الأرق منها :

- توقع وجود صعوبة فى النوم والقلق من ذلك .
- تناول كمية كبيرة من السوائل التى تحتوى على الكافيين مثل الشاى ، والقهوة ، والكوكاكولا .
- تدخين السجائر قبل وقت النوم .
- شرب الخمور قبل وقت النوم .
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة .
- نوم القيلولة الزائد عن الحد فى فترة بعد الظهر أو المساء .

وهذه السلوكيات تطيل من وجود الأرق ، وتكون مسئولة إلى حد كبير

عن حدوث اضطرابات النوم بصفة عامة والأرق بصفة خاصة ، والتوقف عن أداء هذه السلوكيات يزيل الأرق تماماً .

١٥- الأرق كعرض مرضى ينشأ أو يتطور نتيجة عرض لمرض آخر أو نتيجة لسبب بيئى وذلك كما يتضح من الأسباب النفسية ، والأسباب البيئية ، والأسباب الطبية التى يتم تناولها فيما يلى :

- **الأسباب النفسية Psychologic Causes**

وتتضمن هذه الأسباب :

- القلق .
- الاكتئاب .
- منغصات الحياة .
- انشغال البال وقت النوم .
- الهوس والهوس الخفيف .
- الارتباط الشرطى بين الفراش وحالة اليقظة .

- **الأسباب البيئية Environmental Causes**

وتتضمن هذه الأسباب :

- حجرة النوم إما حارة أكثر من اللازم أو باردة أكثر من اللازم .
- تناول الأطعمة الدسمة أو أداء التمرينات الرياضية قبل وقت النوم .
- التعب أو الإجهاد بعد رحلة طيران طويلة .
- نوم القيلولة أثناء النهار .
- تناول المشروبات التى تحتوى على الكافيين قبل وقت النوم .

- **الأسباب الطبية Medical Causes**

أ- أدوية أو عقاقير لا يصفها أو لا يوصى بها الطبيب وتشمل حبوب أو أقراص التخسيس مثل بيزيدوإيفيدرين Pseudoephedrine أو الفينيل بروبانولامين Phenylpropanolamine .

ب - أدوية أوعقاقير يصفها أو يوصى بها الطبيب وتشمل :

- ميثيل فينديت Methylphenidate أو ريتالين Ritalin .
- ثيوفيلين Theophylline .
- البيترول Albuterol أو فينتولين Ventolin .
- كوينيدين Quinidine أو كارديوكين Cardioquin .
- بمولين Pemoline أو سيلرت Cylert .
- ديكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine أو ديكسدرين Dexedrine .
- بزيدوإيفيدرين Pseudoephedrine أو نوفافيد Novafed .
- فينيل إفرين Phenylephrine أو نيو- سينيفرين Neo-Synephrine .
- فينيل بروبانولامين Phenylpropanolamine أو إنتكس Entex .

جـ- الحالات الطبية وتشمل :

- اضطرابات النوم الأولية مثل توقف التنفس أثناء النوم ، واضطراب الحركة الدورية للأطراف Periodic Limb Movement Disorder ، وارتجاف العضلات الليلى Nocturnal Myoclonus ، زملة الأرجل القلقة Restless Legs Syndrome .
- الألم الناتج عن أى مصدر أو سبب .
- السكر الناتج عن تعاطى مخدر أو مشروب كحولى .

- تسمم الغدة الدرقية Thyrotoxicosis .
- عسر التنفس أو ضيق التنفس Dyspnea (روهرز وروث Roehrs & Roth ، ٢٠٠٠ ، ٣٣٩ - ٣٥٢) .

ومن المفيد معرفة الأسباب التى تؤدى إلى حدوث الأرق حتى يتم الوقوف على الأسباب الرئيسية التى تؤدى إلى حدوث الأرق وبالتالى يسهل علاج هذه الأسباب وبالتالى التخلص من الأرق ، إذ إن عدم معرفة الأسباب الرئيسية لحدوث الأرق ربما يؤدى إلى تدخلات غير مؤثرة أو ضارة أو خطيرة مثل التوصية باستخدام الأقراص المنومة مثلاً للمرضى الذين يعانون من الأرق بسبب انقطاع التنفس أثناء النوم مثلاً ، ففى حالات الأرق المرضى فإن الهدف من العلاج ليس عدم النوم فى حد ذاته بل الاضطراب الأساسى أولاً والذى قد يؤدى إلى التخلص من الأرق ضمنياً .

العوامل التى تؤثر فى بداية حدوث واستمرار اضطرابات النوم فى الطفولة والمراهقة :

هناك العديد من العوامل التى ربما تحفز أو تحافظ على استمرار اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين ، وتتضمن هذه العوامل ردود أفعال الوالدين ، وقضايا التعلق ، والمعايير الثقافية وضغوط الحياة ، فالأحداث الحياتية الضاغطة Stressful Life Events ربما تخلق مستويات قلق يمكن أن تعكر أو تربك بداية حدوث النوم ، كما أن الانتقال من المسكن إلى مسكن آخر وكذلك التغيرات المدرسية مثل تغيير الصف أو المدرسة بمدرسة أخرى ، وعدم التوافق الزواجى بين الوالدين ، والطلاق ، والإيذاء البدنى أو الجنسى ، ووفاة أحد أفراد العائلة ، وميلاد شقيق أو شقيقة جديدة

كلها أمثلة على منغصات الحياة التى يمكن أن تؤثر على النوم لدى الأطفال والمراهقين (فيربر Ferber ، ١٩٨٧أ ، ١٦٩) .

وأحياناً يعانى الأطفال من صعوبة النوم بعيداً عن والديهم نظراً لفشلهم فى الانفصال عن أمهاتهم ، وإذا لم يحدد الوالدان بوضوح الحدود المرتبطة بالنوم المشترك فإن ذلك ربما يزيد من النوم المضطرب والضيق أو الكرب المتزايد لدى الوالدين (إليس Ellis ، ١٩٩١ ؛ بنويت وآخرون Benoit et al. ، ١٩٩٢) .

كما أن الحالات المرضية مثل الربو Asthma ، ونقص الانتباه ، والنشاط الزائد ، والصرع Epilepsy ، والتخلف العقلى ، والألم المزمن والحمى والمشكلات المعوية والمعدية وتناول الأدوية سواء بتذكرة طبية أو بدون تذكرة طبية ربما تؤدى إلى حدوث مشكلات النوم وقد تستمر هذه المشكلات فيما بعد نتيجة هذه المؤثرات (فيربر Ferber ، ١٩٨٧ب ، ١٤٣) ، كما أن الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية والميول الوسواسية القهرية ترتبط باضطرابات النوم إلى حد كبير لدى الأطفال والمراهقين (كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٨٠أ ، ١٩١٣) .

٢- الإفراط فى النوم الأولى Primary Hypersomnia

يعنى الإفراط فى النوم زيادة عدد ساعات النوم عن معدلها الطبيعى بالنسبة لعمر الفرد أو تعرضه طوال اليوم لهجمات من النوم لا يمكن مقاومتها ، أو الرغبة التى لا تقاوم للنوم وفى هذه الحالة يصعب على الفرد

أن يستيقظ بشكل تلقائى (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٢٣) .

ويعرف جمعة يوسف (٢٠٠٠ ، ١٤٨ – ١٤٩) الإفراط فى النوم أو فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم ، أو هو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة ، والنوم المفرط هو نقيض الأرق وقد يأتى فى نوبة واحدة طويلة وقد يأتى على أكثر من فترة فى اليوم الواحد .

ويظهر الإفراط فى النوم الأولى من خلال النعاس الزائد عن الحد أثناء النهار لمدة شهر على الأقل ، والأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب تظهر عليهم علامات النوم المفرط أو الزائد عن الحد ويكون انتباههم وتركيزهم ضعيفاً ، إلى جانب ضعف الأداء المدرسى ، وعدم القدرة على الشعور بالنوم المنعش أو المجدد للطاقة ، ولكى يتم التعرف على اضطراب فرط النوم يجب أن نستبعد الأرق ، وتوقف التنفس أثناء النوم أو أى أسباب أخرى للنعاس أثناء النهار (جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٢) .

والإفراط فى النوم يكون مقلقاً جداً للفرد الذى يعانى منه لنتائجه الخطيرة التى تتمثل فى التعرض لحوادث القيادة عند السير لمسافات طويلة،أو التعامل مع مواد خطيرة مثل الكهربائيون أو الذين يتعاملون مع الآلات ، كما أن التلاميذ الذين يعانون من الإفراط فى النوم يكون أداؤهم رديئاً فى المدرسة ،وذلك بسبب الصعوبة فى الانتباه وعدم القدرة على التركيز .

وتلعب العوامل الوراثية دوراً كبيراً فى حدوث هذا الاضطـــراب ؛ حيث وجد أن ٣٩ % من الأفراد الذين يعانون من الإفراط فى النوم لـديهم تاريخ عائلى لهذا الاضطراب (باركس وبلوك Parks & Block ، ١٩٨٩، ١٠٢) ، كما أن زيادة إفراز السيروتونين(*) Serotonin تم تضمينه على أنه أحد التأثيرات (آنك وآخرون .Anch et al ، ١٩٨٨ ، ٢٩) ، والإفراط فى النوم الأولى نادر الحدوث فى الأطفال ؛ حيث تقدر معدلات الانتشار بين ٠,٠٣% - ٠,١٦% من العينة السـكانية (جوليمنالـت Guilleminault ، ١٩٨٧أ ، ٢٤٤) ، وبداية الحدوث نادراً ما تكون قبل سن البلوغ على الرغم من أن علامات النوم الزائد عن الحدExcessive Sleepiness تحـدث فقـط لدى الكبار الذين يعانون من نوبات النوم المفاجئة وهذا يعنى وجـود دليـل وراثى لهذه الاضطرابات .

ويتميز النوم فى حالة الإفـراط فـى النـوم الأولـى بأنـه مسـتمر ولكنـه يكـون غيـر مـريح ، ويلاحـظ أن الأفـراد المصـابين بهـذا الاضطراب يدخلون فى النوم سريعاً ولديهم كفايـة مـن النـوم ، ولكـنهم

(*) أحد الناقلات العصبية من مجموعة الأمينـات الأحاديـة Monoamines يـتم تخليقه فى جسم الإنسان من الحامض الأمينى تربتوفان Tryptophan الموجـود فى الغذاء ، والتريبتوفان حمض أمينى يتواجد بصورة طبيعية فى الغذاء ، وهو واحد من ٢٥ حمض أمينى موجود فى الطعام ، ويوجد فى كثير من الأطعمـة مثل الحليب ، واللحـم ، والسـمك ، والـدواجن ، والبـيض ، والبقوليـات ، والمكسرات ، والخضروات الطازجة الليفية ، وهو أحد أسباب شـعور الفـرد بالنعاس بعد تناول وجبة دسمة من اللحوم ، والتريبتوفان مهم للنوم لأنه المـادة الخام التى يصنع منها المخ المُوصل العصبى الكيميائى السيروتونين ، وإحـدى وظائف السيروتونين هى إبطاء النشاط العصبى ؛ لذلك يحدث النوم .

يعانون من صعوبة الاستيقاظ فى الصباح ويظهرون فى بعض الأحيان تشويشاً وسلوكاً عدوانياً ، أو اختلالات حركية ويشار إلى هذا الاختلال فى اليقظة أو فى الانتقال من حالة النوم إلى حالة اليقظة باسم ثمالة النوم أو سكرة النوم Sleep Drunkenness (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٠) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) فإن المحكات التشخيصية للإفراط فى النوم تتمثل فى :

١- الشكوى المستمرة من النوم المفرط لمدة شهر على الأقل (أو أقل من شهر إذا كان النوم المفرط متواتراً ومتكرراً) ، ويأخذ النوم المفرط شكل نوبات ممتدة أو طويلة ، أو نوبات من النوم النهارى التى تحدث يومياً .

٢- يسبب فرط النوم كرباً أو خللاً كلينيكياً دالاً فى الأداء الاجتماعى والمهنى والمجالات الوظيفية الأخرى .

٣- ألا يحدث هذا الاضطراب أثناء وجود اضطرابات أخرى للنوم مثل غفوات النوم المفاجئة ، واضطراب النوم المرتبط بالتنفس ، واضطراب مواعيد النوم واليقظة ، أو اضطرابات النوم الثانوية أو مُخلات النوم .

٤- أن لا يحدث الاضطراب بصورة منفردة خلال وجود اضطراب عقلى آخر .

٥- لا يرجع هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية نتيجة لتعاطى المخدرات أو العقاقير الطبية أو أى ظروف طبية عامة (الجمعية

الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٦٢) .

ويصعب تقدير الإفراط فى النوم لأنه ربما يفسر على أنه يحدث نتيجة لاضطرابات أخرى فى النوم مثل اضطرابات النوم الثانوية (مُخلات النوم) Parasomnias أو الأرق Insomnia ، كما أن التمييز أو التفريق بين الإفراط فى النوم ونوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم Narcolepsy ربما يكون صعباً وخاصة فى الحالات التى لا تكون فيها الأعراض المرضية حادة فمثلاً نوبات النوم المفاجئة فى المرحلة المبكرة التى لا تتضح فيها الأعراض المرضية المميزة تشبه الإفراط فى النوم ، وتتضمن الأعراض المرضية للإفراط فى النوم حدوث النوم الزائد عن الحد خلال النهار Excessive Daytime Sleepiness ، ونقص الانتباه ، والأداء السئ فى المدرسة ، وسكرة أو دوار النوم Sleep Drunkenness ، وفترات القيلولة المتكررة غير المنعشة أو غير المجددة للنشاط (شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ب ، ٩٥) .

والوقت الكلى للنوم الذى يزيد على ساعتين فوق المتوسط بالنسبة للعمر الزمنى للطفل يعتبر دالاً من الناحية الكلينيكية ، والجدول التالى يوضح متوسط أوقات النوم خلال ٢٤ ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة .

جدول (١)

متوسط أوقات النوم خلال ٢٤ ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة

العمر الزمنى	ساعات النوم
أسبوع	١٦,٥
شهر	١٥,٥
ثلاثة شهور	١٥
ست شهور	١٤,١٥
سنة	١٣,٤٥
سنتان	١٣
٥ سنوات	١١
١٠ سنوات	٩,٤٥
١٦ سنة	٨,٣٠

(المصدر : فيربر Ferber ، ١٩٨٥ أ ، ١٩)

والنوم الزائد عن الحد يحدث بدون الأعراض المرضية لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم التى تتمثل فى : الانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات Cataplexy ، والشلل النومى Sleep Paralysis ، والهلوسات أثناء النوم Hypnagogic Hallucinations ، ونوبات أو هجمات النوم Sleep Attacks على الرغم من وجود فترات لنوم ضئيل جداً Micro Sleeps وهى عبارة عن فترات من النوم تصل إلى ٣٠ ثانية يكون خلالها المثير

الخارجى غير مدرك ، ولكن جهاز ملاحظة النوم فى المعمل وهو ما يعرف باسم جهاز وصف أو تخطيط النوم Polysomnography يستطيع تسجيلها ؛ حيث يكتشف فترات النوم لأقل من ٣٠ ثانية حتى سبع دقائق ، والتقييم الطبى لوظيفة الجهاز العصبى المركزى يعتبر ضرورياً وينبغى أن يتضمن التقدير أيضاً الجوانب المتعلقة بالعدوى لبعض الأمراض ، والإصابة فى الرأس ، وجوانب الضعف العصبية الأخرى ، واستخدام الأدوية وذلك لأن هذه الحالات ترتبط أحياناً بالنوم الزائد عن الحد خلال النهار (شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ب ، ٩٢ - ٩٣) .

٣- نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم) Narcolepsy

شكل من أشكال النوم ينتاب المريض فجأة ولا يستطيع مقاومته ، ويحدث فى أى وقت ولاسيما فى الظروف التى تبعث على النوم كالهدوء ، وقد تحدث هذه النوبات فى أحرج اللحظات كأثناء الأكل ، أو أثناء ركوب دراجة أو سيارة أو حتى أثناء الاتصال الجنسى وتستمر هذه الحالة لبضع ثوان وقد تمتد لدقيقة أو عدة دقائق قليلة ثم يفيق الفرد ، وإذا كانت الظروف مواتية يدخل الفرد فى نوم عادى (سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ ، ٢٧٨) .

ويشير هذا الاضطراب إلى زملة من الأعراض المرضية تتضمن النوم الزائد عن الحد أثناء النهار ، ونوبات أو هجمات النوم ، والانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات ، والشلل النومى ، وهلاوس النوم وهى عبارة عن اضطرابات فى

الإدراك البصرى أو السمعى تحدث فى بداية حدوث أو انتهاء فترة النوم على سبيل المثال الطفل الذى يكون متيقظاً ولكنه يرى وحوشاً أو يسمع وقع أقدام أو تكسير الزجاج (جوليمنالت Guilleminault ، ١٩٨٧ ب ، ١٨٤) .

ويلاحظ أن هذه النوبات قد تتكرر عدة مرات فى اليوم ، وتكون مصحوبة بأعراض معينة منها الضعف المفاجئ فى العضلات فجأة مما يوقع الفرد أرضاً بسرعة ، ومنهم من يشعر بشلل الحركة عند الاستيقاظ من نوبة النوم ، ومنهم من يعانى من أحلام وهلاوس خلال فترة النوم القصيرة التى إما تقع خلال فترة النوم الحالم أو خلال فترة النوم الهادئ (على كمال ، ١٩٨٩ ، ١٩٨) .

ومتوسط كمون النوم لأقل من خمس دقائق أو دقيقتين أو أكثر لفترات حدوث أو بداية نوم حركات العين السريعة Sleep Onset Rapid Eye Movements Periods (SOREMPS) يوضح احتمال وجود نوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم ، ووجود اثنان أو أكثر لفترات حدوث أو بداية نوم حركات العين السريعة يعتبر مؤشراً للأعراض أو العلامات المميزة لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم ويفيد جهاز وصف أو تخطيط النوم فى تسجيل نوم حركات العين السريعة ، ونادراً ما يتم رؤية نوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم قبل مرحلة المراهقة لأن نوم القيلولة لا يعتبر مزعجاً أو مسبباً للضيق فى مرحلة الطفولة ، وتكون فترات نوم القيلولة Daytime Naps منعشة ومجددة للنشاط ويعقبها عادة مدة تتراوح من ساعتين إلى أربع ساعات يتسم سلوك الفرد فيها بالتيقظ والانتباه قبل

أن يحدث أو يبدأ النوم من جديد (الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٢ ، ٢٧٠) .

و يساعد نوم القيلولة على زيادة إنتاجية الفرد ويحسن قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين ، والقيلولة التى تتراوح مدتها من ١٠ – ٤٠ دقيقة وليس أكثر تكسب الجسم الراحة الكافية وتقضى على هرمونات القلق والتوتر المرتفعة فى الدم نتيجة النشاط البدنى والذهنى الذى بذله الإنسان فى بداية اليوم ، كما أن القيلولة التى لا تزيد مدتها على ٤٠ دقيقة لا تؤثر على النوم فى الليل أما إذا زادت عن ذلك فإنها تسبب فقدان الجسم لتوازنه الطبيعى بين الليل والنهار ومن ثم يواجه الفرد صعوبة كبيرة فى الاستيقاظ ويعانى من مزاج سئ ومزعج طوال الوقت (كاراكان وهويل Karacan & Howell ، ١٩٨٨ ، ٩٦) .

وينبغى تقدير التاريخ الأسرى أو العائلى للفرد ؛ حيث وجد أن غفوات النوم المفاجئة ترتبط بمضاد كرات الدم البيضاء Human Leukocyte Antigen (هوندا وآخرون Honda et al. ، ١٩٨٣ ، ٢٥٤) .

وهذا يعنى أن الوراثة تلعب دوراً هاماً فى حدوث غفوات النوم ويؤكد ذلك نتائج عدد من الدراسات التى أوضحت انتشار هذا الاضطراب لدى عائلات الشخص المصاب به ، كما أن الضغوط النفسية والاجتماعية والتغيرات الحادة فى جدول النوم واليقظة تسبق حدوث اضطراب غفوات

النوم المفاجئة لدى نصف الحالات ، وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار غفوات النوم المفاجئة تتراوح بين ٠,٠٢% - ٠,١٦% لدى الراشدين ويتساوى معدل الانتشار بين الذكور والإناث ، ويلاحظ أن حوالى ٥ % - ١٥ % من أقارب الدرجة الأولى للمصابين بهذا الاضطراب يعانون منه ، كما أن ٢٥ % - ٥٠ % من أقارب الدرجة الأولى للمصابين باضطراب غفوات النوم المفاجئة لديهم اضطرابات أخرى تتميز بالإفراط فى النوم (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٣ - ١٥٤) .

والأفراد الذين يعانون من نوبات النوم المفاجئة يعانون أيضاً من الانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات ، ويحدث ذلك أثناء استيقاظ الشخص وتتراوح شدته من الضعف الخفيف فى عضلات الوجه إلى الانهيار البدنى الكامل ويستمر أو يدوم من عدة ثوانى إلى عدة دقائق يسبقه انفعال شديد مثل الغضب أو السعادة (الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٠ ؛ فيربر Ferber ، ١٩٨٥ ب) .

وهناك سمتان تميزان الأفراد الذين يعانون من الانهيار العضلى :

- السمة الأولى :

أنهم يذكرون عادة وجود شلل النوم وهو عبارة عن فترة من الوقت بعد الاستيقاظ من النوم لا يستطيع الفرد فيها أن يتحرك أو يتكلم وهذا الأمر يسبب الخوف والهلع لمن يمر بهذه التجربة .

- السمة الثانية :

هى هلاوس النوم وهى صور حية تبدأ فى بداية النوم وتكون واقعية أو حقيقية بدرجة لا يمكن تصديقها لأنها لا تتضمن فقط جوانب حسية ولكنها

تتضمن أيضاً جوانب ملموسة أو محسوسة ومسموعة ، وهذه الهلاوس تكون مرعبة جداً ويمكن أن تشتمل على وهم حى بأن الفرد تشتعل فيه النار أو يحرق بالنار أو أنه يطير فى الهواء (هايورى وويسبى Hauri & Wisbey ، ١٩٩٢ ، ٢٩٧) .

وتحدث غفوات النوم المفاجئة بنسبة ٠,٠٣ % - ٠,١٦ % من العينة السكانية ، ونسبة إصابة الذكور والإناث واحدة تقريباً ، والمشكلات التى تتعلق بغفوات النوم المفاجئة يتم رؤيتها لأول مرة أثناء سنوات المراهقة ، ولحسن الحظ فإن الانهيار العضلى ، وهلاوس النوم ، وشلل النوم يقل تكرار حدوثهم بمرور الوقت بينما غفوات النوم المفاجئة لا تتضاءل أو تقل مع تقدم السن (هايورى Hauri ، ١٩٩٧ ، ١١١٢) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) فإن المحكات التشخيصية لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم تتمثل فى :

١- نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يومياً على مدى ثلاث شهور على الأقل .

٢- وجود أحد العرضين التاليين أو كليهما :

أ- الانهيار العضلى المرتبط غالباً بالانفعالات الشديدة .

ب- استمرار أو تكرار حركة العين السريعة (REM) فى نوبات متكررة تكون مليئة بالأحلام ويفهمها الشخص على أنها هلاوس الدخول فى النوم أو الهلاوس المصاحبة

للاستيقاظ كما يصاحب ذلك شلل النوم فى بداية ونهاية النوبات .

٣- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة الناتجة عن تعاطى المخدرات أو العلاج بالأدوية النفسية أو أى حالة طبية عامة أخرى (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٦٧) .

٤- **اضطراب النوم المرتبط بالتنفس :**

Breathing-Related Sleep Disorder

يتميز هذا الاضطراب بنوبات من توقف التنفس المؤقت الذى يستمر لمدة عشر ثوانى أو أكثر أثناء النوم ، وقد لا يكون المصاب على علم بوجودها ، إلا أنه يشعر بحاجة ماسة إلى النوم أثناء النهار مع ضعف فى الذاكرة والتركيز ، وقد يؤدى ذلك إلى إعاقة الفرد فى عمله أو حياته الاجتماعية ، وقد تؤدى الحالات الشديدة إلى ارتفاع ضغط الدم ، واسترخاء القلب ، وجلطة فى القلب أو فى الدماغ (حسان شمسى باشا ، ١٩٩٣ ، ١٣٦) .

والأفراد الذين ينقطع تنفسهم أثناء النوم يمرون بفترات يقظة أو استيقاظ متعددة خلال الليل ، وعلى الرغم من أنهم ينامون ثمان أو تسع ساعات إلا أنهم لا يشعرون بالراحة أو الانتعاش عند الاستيقاظ ، والشخص الذى يعانى من توقف التنفس يكف عن التنفس لفترة قصيرة حوالى ٣٠ إلى ٥٠ مرة كل ليلة ، والتوقف عن التنفس لا يسبب اضطراب النوم فحسب بل

إنه يضع حملاً ثقيلاً على القلب وشبكة الأوعية الدموية ، كما أن الشخص الذى يعانى من هذه الحالة هو أكثر عرضة من الآخرين بثلاث مرات للإصابة بالنوبة الدماغية وثلاث مرات بالأزمة القلبية ومرتين بارتفاع ضغط الدم كما أن هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للموت المفاجئ (بوتزين وآخرون Bootzin et al. ، ١٩٩٣ ، ٥٤٢) .

وبالنسبة لنا جميعاً فإن عضلات الممر الهوائى العلوى تسترخى أثناء النوم مما يساعد على مرور الهواء ويجعل التنفس طبيعياً ، ولسوء الحظ فإن الممرات الهوائية عند بعض الأفراد تكون ضيقة بدرجة كبيرة مما يسبب صعوبة فى التنفس أثناء النوم ، وفى بعض الأحيان قد تتوقف عملية التنفس لفترات قصيرة تتراوح بين ١٠ - ٣٠ ثانية ويطلق على هذه الظاهرة انحباس أو توقف التنفس أثناء النوم Sleep Apnea والفرد الذى يعانى من هذه المشكلة يشعر بها أو يكون واعياً بحدوثها كما أنه يصدر شخيراً عالياً أثناء نومه يكون أشبه بخوار الثور ، وهناك علامات أخرى تتمثل فى العرق الغزير أثناء الليل ، والصداع فى الصباح وحدوث نوبات من النوم أثناء النهار لا تؤدى إلى الشعور بالراحة أو الانتعاش (هايورى Hauri ، ١٩٩١ ، ٧١ - ٧٢) .

وتوجد ثلاثة أنواع لانقطاع التنفس أثناء النوم هى انقطاع التنفس الانقباضى أو الإنسدادى (Obstructive Sleep Apnea (OSA ، وانقطاع التنفس الرئيسى (Central Sleep Apnea (CSA ، وانقطاع التنفس المختلط (Mixed Sleep Apnea (MSA وكل نوع من هذه الأنواع الثلاثة له أسباب مختلفة ، وشكاوى مختلفة أثناء النهار وطرق علاج مختلفة ،

ويحدث النوع الأول وهو توقف أو انقطاع التنفس الانقباضى أو الانسدادى عندما يتوقف تدفق الهواء إلى الجهاز التنفسى ، ففى بعض الأفراد يكون ممر الهواء العلوى ضيقاً أكثر من اللازم مما يعوق تدفق الهواء إلى الجهاز التنفسى ، وهؤلاء الأفراد يشخرون أثناء نومهم (جوليمنالت Guilleminault ، ١٩٨٩ ، ٥٥٦) ، وتسبب السمنة أحياناً هذه المشكلة وهذا النوع شائعاً بدرجة أكبر لدى الذكور ، ويعتقد أنه يحدث لدى ١% إلى ٢% من العينة السكانية (الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٠ ، ٤٠٦) ، وأهم ما يميز النوع الثانى وهو انقطاع التنفس الرئيسى هو التوقف الكامل للنشاط التنفسى لفترات وجيزة من الوقت ، كما أنه يرتبط باضطرابات معينة فى الجهاز العصبى المركزى مثل مرض الأوعية الدموية الدماغية وحدوث إصابات بالرأس (ووتن Wooten ، ١٩٩٠ ، ٤٦٨) ، وعلى عكس الأفراد الذين لديهم توقف التنفس من النوع الانقباضى أو الانسدادى فإن الأفراد الذين يعانون من انقطاع التنفس الرئيسى يستيقظون من وقت إلى آخر أثناء الليل ولكنهم لا يميلون إلى النوم الزائد أثناء النهار ، وهؤلاء الأفراد لا يكونون على وعى أو إدراك بأن لديهم مشكلة خطيرة تتعلق بالتنفس ، وبسبب نقص أو قلة الأعراض المرضية التى تحدث أثناء النهار فإن هؤلاء الأفراد لا يميلون إلى السعى إلى العلاج ، ولهذا فإننا نعرف القليل نسبياً عن انتشار أو سير هذا الاضطراب أو تطوره ، والنوع الثالث هو توقف التنفس المختلط أثناء النوم بمعنى أنه يجمع بين سمات أو خصائص النوعين السابقين ، ومما يجب التأكيد عليه أن مصاعب التنفس التى تحدث أثناء النوم تعوق النوم أو تسبب أعراضاً مرضية مشابهة لأعراض الأرق (بارلو وديورانـد

Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٤) ، ويتم تقدير مشكلات النوم المرتبطة بعملية التنفس عن طريق جهاز وصف أو تخطيط النوم الليلى Nocturnal Polysmnography ، وأثناء عملية التقدير هذه يتم الانتباه بدرجة خاصة للأداء الوظيفى للقلب ، ومقدار التغير فى التنفس مثل تدفق الهواء الأنفى والفمى ، ونسبة تشبع الدم الشريانى بالأكسجين ، والتوقفات التنفسية .

وأثناء فترات التوقف عن التنفس يختلف معدل ضربات القلب ، ويكون توقف التنفس الرئيسى أثناء النوم لا عرضى أى لا تبدو له أعراض فيما عدا فترات الاستيقاظ التى يكون فيها الطفل خائفاً بسبب الشعور بالاختناق وعدم القدرة على التقاط أنفاسه ، والأعراض المرضية الشائعة لانقطاع أو توقف التنفس الانسدادى أثناء النوم تتضمن النوم الليلى القلق أو غير المريح Nocturnal Restless ، والجلوس أثناء النوم بطريقة غير عادية ، والشخير Snoring والنخير كالحصان Snorts ، وحالات الصداع فى الصباح ، وصعوبة التنفس أثناء النهار ، والتنفس عن طريق الفم وما يعقبه من جفاف فى الحلق ، والنوم الزائد عن الحد خلال النهار ، والأطفال الذين يعانون من انقطاع التنفس أثناء النوم يظهر عليهم غالباً علامات الارتباك وضعف الذاكرة والحكم الردئ على الأشياء وخاصة فى الصباح ، وأوجه السلوك المصاحبة الأخرى تشتمل على صعوبة فى إخراج الكلام ، وسلس البول أو التبول اللاإرادى الليلى Nocturnal Enuresis ، والنشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والحركات العصبية التى تدل على التململ والضجر ، والخجل المرضى ، ويرتبط انقطاع أو توقف التنفس أثناء النوم غالباً بالسمنة المرضية ، وحساسية التنفس ، وتضخم اللوزتين ، والتشوهات

الأخرى فى الأنسجة الناعمة للحلق ، وقد تزداد حدة الأعراض بتناول المشروبات الكحولية ، وقضاء وقت طويل فى الأماكن المرتفعة ، والإصابة بالحساسية ، وإذا لم يعالج هذا الاضطراب قد يؤدى إلى التوتر الزائد Hypertension ، وعدم انتظام ضربات القلب والوفاة المفاجئة للطفل (جوليمنالت Guilleminault ، ١٩٨٧ج ، ٢١٦ - ٢١٨) .

وهكذا ؛ يعتبر توقف التنفس أثناء النوم أو ما يسمى بخناق النوم من المشكلات الصحية الخطيرة التى تصيب أعداداً كبيرة من الأشخاص خصوصاً البدينين منهم ، ويؤدى هذا الاضطراب لحدوث مضاعفات خطيرة منها الموت المفاجئ ، وارتفاع ضغط الدم ، والإغماء ، والاضطرابات القلبية والتنفسية ، والإغماء ، والضعف الجنسى ، والصداع المزمن .

ويقدر انتشار هذا الاضطراب بحوالى ١ % - ١٠ % من جمهور الراشدين ولكنه يزداد لدى الأفراد الأكبر سناً ، أما لدى الأطفال الصغار فإن الأعراض الدالة عليه تكون قليلة وغير واضحة وبالتالى فإن التشخيص يكون أكثر صعوبة ، ويكثر الاختناق الانسدادى لدى الذكور فى منتصف العمر ، وخاصة ذوى الوزن الزائد ، والأطفال فى مرحلة ما قبل البلوغ (فترة الطفولة المتأخرة) الذين لديهم تضخم فى اللوزتين (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٦- ١٥٧) ، والدراسات الحديثة أوضحت أن نسبة انتشار هذا الاضطراب أكبر بكثير مما كان متوقعاً إذ تقدر الإصابات بين متوسطى الأعمار من الرجال بـ ٤ % وفى النساء بـ ٢ % وتزداد هذه النسبة فى بعض فئات المجتمع ؛ حيث بلغت إحصائيات هذا

الاضطراب بين سائقى الشاحنات فى بعض الدول إلى نسبة مهولة تصل إلى ٤٦ % ، والحوادث المميتة للسيارات وكافة وسائل النقل الأخرى قد تكون بسبب هذا الاضطراب (جوليمنالت Guilleminault ، ١٩٨٧ج ، ٢١٩) .

وعلى الرغم من خطورة هذا الاضطراب على الفرد والمجتمع على حد سواء إلا أن التشخيص الصحيح لا يتم فى أغلب الحالات إلا بعد أن يتقدم الاضطراب كثيراً أو يصبح مزمناً ، وتقدر نسبة الحالات التى يتم التعرف عليها طبياً فقط من ٥ % - ١٠ % من إجمالى الحالات ، ويعود السبب فى ذلك إلى طبيعة المرض التدريجية بحيث لا يشعر المريض بما يحدث له ، ومن الطريف أنه فى أحيان كثيرة تبدأ الشكوى من أقارب المريض أو الزوجة أو الزوج أو الأبناء المقيمين فى نفس المنزل وليس من المريض نفسه ، وربما يرجع السبب الرئيسى أيضاً إلى عدم إلمام الأطباء بهذه المشكلة حيث يعالج المريض من الأعراض المصاحبة للاضطراب كصعوبة التنفس ، وارتفاع ضغط الدم ، والضعف الجنسى ، ويقوم الطبيب بعلاج كل عرض على حدة أو بمفرده ولكن الصورة العامة للاضطراب ككل تغيب عن ذهن الطبيب المعالج ، فيظل المريض يتردد على العيادات المختلفة لمدة تصل إلى سنوات قبل أن يتم التوصل إلى المشكلة الأساسية أو الاضطراب الأساسى (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٤) .

وتوقف التنفس أثناء النوم تكون له نتيجتان مختلفتان :

الأولى : هى شعور المريض بالحاجة إلى النوم ، والنعاس أثناء النهار وبدرجة مزعجة حتى أنه يحتاج إلى مشورة الطبيب .

الثانية : وهى الأكثر خطورة وتتمثل فى أن نسبة الأكسجين فى الدم تهبط أثناء فترة توقف التنفس ، الأمر الذى يؤدى إلى حدوث عدم الانتظام فى إيقاع القلب مما يكون عاملاً مسبباً لحالات الموت المفاجئ فى الأطفال الرضع ، ويطلق عليها زملة وفاة الطفل الفجائية أو موت المهد ، حيث يفاجأ الوالدان بعد وضع طفلهما فى مهده فى حالة صحية ممتازة بوفاته أثناء النوم (سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ ؛ أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب النوم المرتبط بالتنفس تتمثل فى :

١- انقطاع أو تشوش فى النوم يؤدى إلى فرط النوم أو إلى الأرق ، ويرجع هذا الانقطاع فى النوم إلى حالة التنفس المرتبطة بالنوم مثل زملة الاختناق الانسدادى أو الاتقباضى Obstructive Sleep Apnea Syndrome ، أو زملة الاختناق الرئيسى Central Sleep Apnea Syndrome أو زملة الاختناق المختلطة Mixed Sleep Apnea Syndrome .

٢- لا يفسر هذا الاضطراب بواسطة اضطراب نفسى آخر ، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المرتبطة بتعاطى المخدرات أو

التداوى بالعقاقير الطبية أو أى حالة طبية عامة غير الاضطراب المرتبط بالتنفس (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٧٣) .

٥-اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

يعرف اضطراب مواعيد النوم واليقظة Circadian Rhythm Sleep Disorder بأنه فقدان التزامن بين برنامج الفرد فى النوم واليقظة ، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل المحيطين بالفرد مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١١) .

وأطلق على هذا الاضطراب قبل ذلك مصطلح اضطراب اليقظة والنوم Sleep Wake Disorder فالإيقاع اليومى لليقظة والنوم هو عملية بيولوجية تحدث بانتظام فى دورة تستغرق ٢٤ ساعة ، وهذا الاضطراب يتم التعرف عليه من خلال نمط متكرر للنوم المقلق أو المضطرب الناتج عن عدم التطابق بين مواعيد اليقظة ومواعيد النوم وبين متطلبات البيئة ، وغالباً ما يتناوب هذا الاضطراب بين الأرق والنوم الزائد عن الحد أو النوم المفرط على الرغم من أن الوقت الإجمالى للنوم يكون داخل الحدود الطبيعية أو العادية ، وينشأ هذا الاضطراب بسبب التعب أو الإرهاق الناتج عن السفر الطويل بالطائرة أو تبديل دورية العمل المتبع فيها نظام زمنى مألوف إلى نظام آخر وكذلك اضطرار الفرد لتبديل مواعيد نومه باستمرار .

ويستخدم الأفراد القافية التالية " قدم الساعة إلى الأمام فى الربيع ورجعها أو أخرها فى فصل الخريف " لتذكرهم بأن يقدموا الوقت ساعة واحدة فى فصل الربيع ويؤخرونه مرة أخرى بمقدار ساعة فى فصل الخريف ، وهذا التغير فى الوقت يسبب الارتباك والاضطراب على الأقل لمدة يوم أو يومين يشعر فيهما الفرد بالرغبة فى النوم أثناء النهار ، ويعانى من صعوبة الخلود إلى النوم أثناء الليل إلى جانب الشعور بالإرهاق الشديد ، وسبب هذا الاضطراب ليس مجرد أننا اكتسبنا أو خسرنا ساعة واحدة من النوم فأجسامنا تتكيف مع هذا الأمر بسهولة ، ولكن الصعوبة تتعلق بكيفية تكيف ساعاتنا البيولوجية لهذا التغير فى الوقت ، فالأسلوب العادى أو التقليدى فى التفكير والسلوك يقول أننا يجب أن نذهب إلى الفراش فى هذا الوقت مثلاً ولكن أمخاخنا تقول شيئاً مختلفاً ، وإذا استمر هذا الصراع لفترة طويلة من الوقت يؤدى ذلك إلى اضطراب مواعيد النوم واليقظة أو اضطراب دورية النوم ، وأهم ما يميز هذا الاضطراب النوم المقلق أو المزعج إما أرق أثناء الليل أو نوم زائد عن الحد الطبيعى أثناء النهار ويحدث ذلك نتيجة عدم قدرة المخ على أن يزامن أو يطابق أنماطه فى النوم مع الأنماط الجديدة للنهار والليل ، ولحسن الحظ فإن أمخاخنا تحتوى على ميكانيزم يجعلها على اتصال أو تزامن مع العالم الخارجى فالضوء الشديد الذى نراه فى الصباح ، والضوء المنخفض فى الليل يرسل إشارة إلى المخ تقوم بضبط الساعة البيولوجية كل يوم .

وتوجد أنواع متعددة ومختلفة لاضطراب مواعيد النوم واليقظة فالأفراد الذين يسافرون بالطائرة لمسافات طويلة يجدون صعوبة فى الخلود إلى النوم فى الوقت المحدد ويشعرون بالتعب والإرهاق أثناء النهار كما أن الأشخاص

الكبار أو المسنين والذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية والذين يستيقظون من النوم فى وقت مبكر (الناس الصباحيون) يتأثرون بطريقة سلبية بالتغير الزمنى (جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٥) ، كما أن هناك مشكلات فى النوم تنتج عن العمل بنظام الورديات فكثير من الناس مثل الموظفين بالمستشفيات والشرطة وشركات الإنتاج أو المصانع وكذلك الأفراد الذين يعملون ليلاً ، والأفراد الذين يعملون فى أوقات غير منتظمة يعانون من مشكلات تتعلق بعملية النوم أو النوم المفرط والنعاس الزائد عن الحد أثناء ساعات الاستيقاظ ، وقد تتعدى أو تتجاوز هذه المشكلات حدود مشكلات النوم وتتضمن أعراض مرضية جسمية ، ، وزيادة احتمال سوء استخدام المشروبات الكحولية ، وانخفاض الروح المعنوية ، واضطراب الحياة الأسرية والاجتماعية ومشاعر الاكتئاب (بويفن وآخرون Boivin et al. ، ١٩٩٧ ، ١٤٩) .

وأشارت نتائج عديد من البحوث أن الأفراد الذين لديهم اضطراب يتعلق بمواعيد النوم واليقظة يكونون معرضين للخطر بدرجة كبيرة من جراء أن يحدث لهم اضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية (داجان وآخرون Dagan et al. ، ١٩٩٦ ، ٣٦٠) .

وهذا الاضطراب شائع ومنتشر بين الأطفال والمراهقين إلا أن الانتشار الحقيقى لهذا الاضطراب غير معروف وذلك لأن الأعراض المرضية لهذا الاضطراب تتداخل مع الأعراض المرضية لكل من الأرق والإفراط فى النوم ، وفى الأطفال تكون مرتبطة غالباً بالمصاعب التى يضعها الوالدان بينما فى المراهقين تنشأ عندما تؤدى

الأنشطة الاجتماعية والمدرسية إلى تأخير وقت النوم (فيربر Ferber ، ١٩٨٧أ ، ١٧٠) .

وحوالى ٣٦ % من الذكور العاملين ، ٢٦ % من الإناث العاملات فى الولايات المتحدة الأمريكية يعملون فى أوقات بخلاف الفترة النمطية من التاسعة صباحاً حتى الخامسة مساءً ، ولهذا فإنهم يقعون تحت خطر المشكلات المتعلقة بالنوم التى تنتج عن التغير فى ورديات العمل (شيسلر وآلان Czeisler & Allan ، ١٩٨٩ ، ١١١) .

ويعتقد العلماء أن هرمون الميلاتونين Melatonin يساهم فى تحديد ضبط ساعاتنا البيولوجية التى تخبرنا بميعاد النوم ، وهذا الهرمون يُنتج أو يفرز بواسطة الغدة الصنوبرية Pineal Gland التى تقع فى وسط المخ ولا ينبغى الخلط بين الميلاتونين والميلانين Melanin أو الصبغة السوداء التى تحدد لون الجلد ، وقد أطلق عليه إسماً للتدليل هو هرمون دراكولا Dracula Hormone وذلك لأن إنتاجه يزيد فى الظلام ويتوقف فى ضوء النهار فعندما ترى أعيننا أنه قد حان وقت الليل فإن هذه المعلومة تنتقل إلى الغدة الصنوبرية التى بدورها تبدأ فى إنتاج الميلاتونين ، ويعتقد الباحثون أن كلاً من الضوء والميلاتونين يساعدان على ضبط الساعة البيولوجية ، والبحوث التى أجريت فى الآونة الأخيرة أوضحت أن الضوء يؤثر على الساعة البيولوجية بطرق أخرى غير التى تحدث عن طريق أعيننا ؛ حيث توصل عدد من الباحثين إلى أن تعرض الجلد للضوء يؤثر على الساعة البيولوجية من خلال مجرى الدم الذى يرسل إشارات إلى المخ (كامبيل وميرفى Campbell & Murphy ، ١٩٩٨ ، ٣٩٧) .

ويفيد هرمون الميلاتونين فى معالجة بعض المشكلات المتعلقة بالنوم ، فيتم ضبط مواعيد النوم واليقظة عن طريق إعطاء جرعات بنسب معينة من الميلاتونين (زدانوفا وآخرون Zhdanova et al. ، ١٩٩٧، ٩٠٤) ، كما يتم إعطاء الميلاتونين أيضاً للأفراد الذين يمرون بتجربة التعب الحاد من السفر بالطائرة والمشكلات الأخرى المتعلقة باضطراب مواعيد النوم واليقظة .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد النوم واليقظة تتمثل فى :

١- عدم تزامن نظام الفرد فى النوم واليقظة مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليتناسب مع المتطلبات الاجتماعية وكذلك مع أغلب الأشخاص المتواجدين مع الفرد .

٢- يعانى الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأعظم من فترة النوم ، أو فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ ؛ وذلك كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل ، أو بشكل متكرر لفترات أقصر من الوقت .

٣- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب آخر من اضطرابات النوم أو أى اضطراب عقلى آخر .

٤- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لتعاطى المواد كإدمان العقاقير أو تعاطى عقاقير دوائية أو أى ظروف طبية عامة (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٧٦) .

ويرتبط اضطراب جدول النوم واليقظة بالبيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الطفل وربما يرتبط بجدول عمل الوالدين أو القواعد الرديئة فى النوم ، كما أن الحاجة المتزايدة للنوم فى مرحلة المراهقة والتى يصاحبها عادة مطالب أكاديمية ومدرسية متزايدة يمكن أن تؤدى إلى تغييرات فى جدول النوم واليقظة كما أنها تؤدى أيضاً إلى نوم زائد عن الحد أثناء النهار (كارسكادون وديمنت Carskadone & Dement ، ١٩٨٧ ، ٤٤) .

الفصل الثالث

اضطرابات النوم الثانوية

مقدمة :

أهم ما يميز هذه اضطرابات النوم الثانوية (مُخلات النوم) Parasomnias الأحداث السلوكية والفسيولوجية التى تحدث أثناء النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة ، وتتركز الشكوى السائدة على تلك الأحداث ، ويشكو الأفراد المصابون بهذه الاضطرابات من السلوك غير التكيفى أثناء النوم فضلاً عن الأرق ليلاً وفرط النوم أثناء النهار .

واضطرابات النوم الثانوية عبارة عن أحداث شاذة أو غير طبيعية تحدث أثناء النوم وتحديداً أثناء وقت الفجر بين فترة النوم والاستيقاظ ، وبعض هذه الأحداث تكون عادية إذا حدثت أثناء الاستيقاظ كالذهاب إلى المطبخ لفتح الثلاجة وتناول الشراب أو الطعام ، ولكن هذه الأحداث تكون مصدر ضيق وكرب إذا حدثت أثناء النوم ، سواء أثناء نوم حركة العين السريعة (REM) Rapid Eye Movements ، أو أثناء انعدام نوم حركة العين السريعة (NREM) Non Rapid Eye Movements (بايس وآخرون Buysse et al. ، ١٩٩٣ ، ٣٦٠) .

وتشمل هذه المجموعة من الاضطرابات اضطراب الكابوس الليلى ، واضطراب المشى أثناء النوم ، واضطراب فزع النوم ، وبعض الاضطرابات الأخرى ، وفيما يلى عرض لهذه الاضطرابات .

١- اضطراب الكابوس الليلى Nightmare Disorder

تعد الكوابيس الليلية من أشد الأحلام المزعجة التى تؤدى إلى الاستيقاظ من النوم ؛ حيث يشعر الشخص الحالم بأحاسيس مقلقة أثناء الكابوس مثل الغضب أو الإحساس بالذنب أو الحزن أو الإحباط ولكن أكثر

الأحاسيس تكراراً أثناء الكوابيس هى الخوف والقلق ، وهذه الكوابيس تنغص حياة الفرد العادية وتحفر فى ذاكرته ذكرى أليمة لا تفارقه أحداثها ولا يستطيع نسيانها ، وقد يعيش الفرد متأثراً بأحداث هذه الأحلام والكوابيس لفترة طويلة تعيقه عن ممارسة أعماله العادية .

وينتشر هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين ويحدث خلال الثلث الأخير من الليل عندما تكون مراحل نوم حركة العين السريعة (*REM*) أطول وأكثر شدة ، ويتضمن أحلاماً مرعبة متكررة تؤدى إلى الاستيقاظ المفاجئ من مرحلة نوم حركة العين السريعة ، وحوالى ٢ % من الأطفال ، ومن ٥ % - ١٠ % من الكبار يمرون بهذه التجربة ، وهذه التجارب تكون مسببة للضيق أو الكرب الشديدين لدرجة أنها تعوق قدرة الشخص على الاستمرار فى الأنشطة العادية أو الطبيعية ، ونظراً لأن الكوابيس شائعة جداً فإن عدد كبير من البحوث قد ركز على أسبابها وطرق علاجها ، ولحسن الحظ فإنها تنخفض أو تتلاشى تدريجياً مع تقدم العمر (بايس وآخرون Buysse et al. ، ١٩٩٣ ، ٣٦١) .

ويؤدى الكابوس إلى اضطراب الطفل وعدم قدرته على التلفظ أو إخراج الصوت ، وبالإضافة إلى ذلك يمكث الطفل فى الفراش ويسترجع محتويات الحلم عند الاستيقاظ مما يسبب له الضيق والتوتر (كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٨٠ب ، ١١٩٨) .

ويعانى من ١٠ - ٥٠ % من الأطفال فى المرحلة العمرية من ٣ - ٥ سنوات من كوابيس شديدة بدرجة تكفى لإثارة انزعاج أهلهم ، وفى جمهور الراشدين يذكر حوالى ٥٠ % خبرة الكابوس

فى مناسبات مختلفة ، ومع ذلك لا توجد نسب دقيقة لانتشار اضطراب الكابوس (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩) ، ويبدأ الكابوس عادة ما بين ٣ - ٦ سنوات وعندما يزداد تكرار الكابوس فإنه يصبح مصدر اهتمام ومشقة للأطفال والوالدين ، وكثيراً من الحالات يختفى اضطرابها مع النمو ، والأقلية يستمر معهم الاضطراب إلى الرشد ويصبح اضطراباً على مدى الحياة (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨١) .

وتحدث الكوابيس عادة عقب التجارب المأساوية نتيجة صدمة معينة وعقب الأحداث الحياتية غير السارة وربما تعكس عدم الأمان والاكتئاب والقلق والشعور بالذنب ، وتزداد المخاوف المرضية إذا حدثت الكوابيس كل ليلة أو إذا استمرت بعد مرحلة المراهقة (كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤٢٧) .

وهناك احتمالات كثيرة لحدوث الكوابيس بسبب تناول بعض الأدوية أو الانقطاع عن تناولها فجأة أو بسبب الحالة الصحية للشخص مثل الإعياء والمرض والحمى ، أما كوابيس مرحلة الطفولة فإنها عادة ما تكون بسبب الصراع الناشئ عن مخاوف الطفولة ومشاكلها ، وكثير من الأفراد تحدث لهم الكوابيس نتيجة تعرضهم لحادث مؤلم كفقدان شخص عزيز لديهم أو التعرض للاعتداء أو إجراء عملية جراحية ، وهذا يفسر الكوابيس المزعجة التى تحدث للجنود الذين شاركوا فى معارك حربية دامية .

وعادة ما يكون محتوى الكوابيس أحداثاً تتعلق بنفس الحوادث المؤلمة التى تعرض لها الشخص فى حياته اليومية ، وعلى هذا فهى تتكرر وبنفس السيناريو وبشكل مزعج ، وهناك أشخاص تحدث لهم الكوابيس عندما يتعرضون لضغوط شديدة فى حياتهم اليومية مثل صعوبات العمل المهنى أو تغيير المهنة أو الانتقال من سكن إلى آخر أو القلق بشأن الأمور المالية أو تراكم الديون أو حدوث الحمل لدى النساء ، وهناك أشخاص تتكرر لديهم الكوابيس دونما أية علاقة بحياة اليقظة لديهم وهؤلاء الأفراد عادة ما يكونون ذوى خيال خصب وإحساس مرهف وعاطفة جياشة .

وتوجد مواد عديدة لها علاقة بحدوث الكوابيس والأحلام تؤثر على إمكانية تذكر الحلم أو الكابوس ، فالبحوث المعملية أثبتت أن المشروبات الكحولية ، والأقراص المنومة والمهدئات تؤدى إلى إنقاص مرحلة الأحلام أثناء النوم ، وبالتالى تقلل من فرص تذكر تلك الأحلام ، وعلى الرغم من ذلك هناك أشخاص يحدث لهم عكس ذلك تماماً ؛ حيث يؤدى تعاطى بعض المواد إلى زيادة تذكر تلك الأحلام والكوابيس بالتفصيل ، فالأدوية المضادة للاكتئاب تزيد وبشكل كبير من إمكانية تذكر الأحلام والكوابيس (هايورى Hauri ، ١٩٩٧ ، ١١١٣) .

وتعد الكوابيس المتكررة التى تدور حول حادث معين علاجاً تدريجياً للشفاء من صدمة هذا الحادث ، ويقل تكرار هذه الكوابيس وشدة إزعاجها بتحسن حالة الشخص وتعوده على الحادث وما نتج عنه من توابع ، إلا أنه يجب مراجعة المعالج النفسى فى حالة استمرار تكرار هذه الكوابيس لعدة أسابيع مثلاً وبنفس الدرجة من الإزعاج والقلق ، كما توفر الكوابيس لدى البالغين فرصة استكشاف النفس وفهمها ؛ حيث يصبح لدى الشخص الحالم

خبرة فى فك رموز هذه الكوابيس وفهم لغتها وتحليل أحداثها بما يتناسب مع أحداث الحياة اليومية إلا أنه يحب توخى الحرص والحذر من المبالغة فى إيجاد علاقة دائمة بين أحداث الكوابيس وتفسيرها على كل صغيرة وكبيرة من أحداث الحياة اليومية .

ويختلف تقييم الكابوس باختلاف الثقافة ، فالبعض ينظر إليه باعتباره من أعمال الأرواح أو ظواهر ما وراء الطبيعة ، والبعض الآخر ينظر إليه على أنه مؤشر لاضطراب نفسى أو جسمى ، ولأن الكوابيس تحدث بشكل متكرر فى الطفولة فإن تشخيصها لا يتم ما لم يكن هناك كرب دال أو خلل يستدعى اهتماماً كلينيكياً مستقلاً ، ويظهر الكابوس بكثرة لدى الأطفال الذين تعرضوا لضغوط نفسية اجتماعية شديدة ، وتذكر النساء الشكوى من الكابوس أكثر من الرجال (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩) .

ومن الواجب اتباع سنة رسول الله صلى الله عليه وسلم وهديه فيما يتعلق بكيفية التعامل مع الكوابيس والأحلام المزعجة بشكل عام ، حيث أرشدنا الرسول صلى الله عليه وسلم إلى عدم الانزعاج من هذه الكوابيس وبين أنها من الشيطان للتنغيص على الشخص وإقلاقه ؛ حيث قال عليه أفضل الصلاة والتسليم : " الرؤيا من الله والحلم من الشيطان ، فإذا رأى أحدكم شيئاً يكرهه فلينفث حين يستيقظ ثلاث مرات ويتعوذ من شرها فإنها لا تضره " ، وإذا استجاب الأفراد لهذا الحديث فإن الكوابيس تصبح شيئاً عادياً رغم فظاعتها وإزعاجها لأنها من عمل الشيطان ، ومن ثم لا يقلقون بشأنها وينسونها بمجرد انخراطهم فى الحياة اليومية مما يدل على أن عامل استجابة وتصور الشخص نحو الكوابيس له دور كبير فى مدى تأثيرها على نفسية الشخص وإزعاجها له .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب الكابوس الليلى تتمثل فى :

١- استيقاظ متكرر فى فترة النوم الرئيسية أو أثناء فترة القيلولة مع استعادة تفصيلية للأحلام المخيفة التى عادة ما تتضمن تهديداً لأمن الفرد ، ويحدث الاستيقاظ بصفة عامة أثناء النصف الثانى من الليل .

٢- انتباه الفرد وعودته لحالته الطبيعية سريعاً عند الاستيقاظ من الأحلام المخيفة .

٣- شعور الفرد بالضيق الشديد الناتج عن كل من الحلم أو الكابوس ، واضطراب النوم المترتب على فترات الاستيقاظ .

٤- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلى آخر مثل الهذيان ، واضطراب الضغوط التالية الصدمة Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد كإدمان العقاقير أو تعاطى عقاقير دوائية ولا يرجع إلى ظروف طبية عامة (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨٣) .

٢- اضطراب المشى أثناء النوم Sleep -Walking Disorder

يطلق على هذا الاضطراب أحياناً التجوال الليلى Somnambulism ويشير إلى السير أثناء النوم ، وفيه ينهض الطفل من فراشه ويتركه وعيناه مفتوحتان ، ويمشى وهو غير واع ، ولا يستجيب لما يطلب منه ، وربما يعود إلى فراشه دون أن يسترد وعيه ويواصل نومه ، وعندما يستيقظ فى

الصباح لا يتذكر شيئاً مما حدث (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣٠) .

ويحدث هذا الاضطراب أثناء نوم انعدام حركة العين السريعة (NREM) وهذا يعنى أنه عندما يمشى الأفراد أثناء نومهم فهم لا يجسدون حلماً ، كما يحدث هذا الاضطراب أثناء أو خلال الساعات الأولى للنوم عندما يكون الشخص فى المراحل العميقة للنوم ، ولذلك فإن إيقاظ الفرد أثناء هذا الحدث يكون صعباً ، وإذا تم إيقاظه فإنه لا يتذكر شيئاً مما حدث (ثوربى وجلوفنسكى Thorpy & Glovinsky ، ١٩٨٧ ، ٦٢٩) .

وينتشر هذا الاضطراب بصورة كبيرة أثناء مرحلة الطفولة ، وعلى الرغم من ذلك فإن نسبة صغيرة من الكبار يتعرضون لهذا الاضطراب ، وهناك نسبة كبيرة من الأطفال تتراوح من ١٥ % - ٣٠ % مروا بتجربة المشى أثناء النوم ، وبالنسبة لمعظم الحالات يكون الحدث المرتبط بالمشى أثناء النوم قصيراً ، وعندما يحدث هذا الاضطراب بين الكبار أو بين البالغين فإنه يكون مرتبطاً غالباً باضطرابات سيكولوجية أخرى ، وينتشر هذا الاضطراب بين ١٠ % - ٣٠ % من الأطفال ومعظم الأطفال يحدث لهم المشى أثناء النوم ولو لمرة واحدة على الأقل ، وتنطبق المحكات التشخيصية لاضطراب المشى أثناء النوم على نسبة من الأطفال تتراوح بين ١ % - ٥ % ، وبداية حدوث هذا الاضطراب تكون عادة بين سن الرابعة والثامنة ، وتصل أعلى نسبة انتشار فى سن الثانية عشرة ، ويختفى هذا الاضطراب تلقائياً بحلول فترة المراهقة (كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٨٠ب ، ١١٩٧ - ١١٩٨) .

ويمكن أن يحدث هذا الاضطراب فى أى فترة بعد أن يستطيع الطفل المشى ، ولكن الحدوث الأكثر شيوعاً للنوبات الأولى يكون ما بين الرابعة والثامنة من العمر ، ويختفى المشى أثناء النوم لدى الأطفال تلقائياً خلال فترة المراهقة المبكرة تقريباً عند عمر ١٥ عاماً ، غير أن هناك نسبة ضئيلة قد يكون لها مسار متكرر ، ويزداد حدوث هذا الاضطراب ضمن أفراد العائلة ؛ حيث يوجد تاريخ عائلى لاضطراب المشى أثناء النوم ، فحوالى ١٠ % - ٢٠ % من الأفراد الذين يعانون من المشى أثناء النوم لديهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الاضطراب ، كما يزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا كان كلا الوالدين لديهما تاريخ للإصابة به ، وينطوى هذا الاضطراب على سلوكيات حركية معقدة يتم حدوثها أثناء الثلث الأول من الليل ، وتتراوح هذه السلوكيات بين الجلوس فى الفراش إلى المشى أو الجرى فى البيت ، وتكثر الإصابات الجسمية أثناء حدوث هذا الاضطراب ، ولا يتذكر الفرد عادة إلا القليل من هذه الأحداث وقد لا يتذكرها على الإطلاق (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨٨ - ٥٩٠) .

وأوضحت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد أن نسبة الأفراد الذين يعانون من الاضطراب من الذكور أعلى من الإناث ، وتظهر عند نصف الحالات فى سن ما قبل المدرسة ، وعند النصف الآخر فى الطفولة المتأخرة وتختفى عادة فى المراهقة ؛ حيث يندر أن نجد طفلاً يمشى أثناء النوم بعد سن البلوغ ، ويبدأ المشى أثناء النوم باستيقاظ الطفل ، وجلوسه فى الفراش ، وعيناه مفتوحتان ، ثم يترك فراشه ، ويمشى وهو غير واعٍ ، ولا يستجيب لما يطلب منه ، وربما يعود إلى فراشه دون أن يسترد وعيه ،

ويواصل نومه ، ثم يستيقظ فى الصباح ولا يتذكر شيئاً مما فعله ليلاً (محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١١) .

ويتضح المشى أثناء النوم من خلال حركات إيقاعية تتضمن النهوض من الفراش ، والمشى أو الجرى ، ويتضمن هذا الاضطراب نقص الانتباه ، وقلة الاستجابة ، والتحديق والحملقة الغافلة ، والارتباك ، وفقدان الوجهة عند الاستيقاظ ، ونسيان الحدث فى اليوم التالى ، ويعجل بحدوث هذا الاضطراب الإصابة بالحمى ، وتمدد المثانة Bladder Distention ، ووجود مثير خارجى مثل الضوضاء ، كما تلعب الأحداث المأساوية والقلق دوراً رئيسياً فى ظهوره (كارلسون وآخرون .Carlson et al ، ١٩٨٢ ، ٤٦٠) .

ويرتبط هذا الاضطراب بأنماط سلوكية موجهة إلى خارج الفرد مثل العدوان ، والتفعيل (*) Acting Out ، والنشاط الزائد ، وعلاوة على ذلك فإن هذا الاضطراب يزداد سوءاً أو يستمر فى حالة الحرمان من النوم ، واستخدام المشروبات الكحولية (كاليس وآخرون .Kales et al ، ١٩٨٠أ ، ١٤١٤) .

وحالة المشى أثناء النوم ليست حلماً أو جانباً من حلم ، لأن الأطفال عندما يستيقظون من نوبة المشى لا يمكنهم تذكر أو استعادة أى حلم مروا به ويرى البعض أن المشى أثناء النوم قد يكون نقيضاً للأحلام فهو محاولة أثناء النوم لإخراج محتويات الحلم إلى حيز الفعل لأن المصاب به قد يكون قريباً من حالة الإيقاظ وإن بَدَا مشوش الوعى (حسن مصطفى عبد المعطى ،

(*) التعبير عن الرغبات والوجدانات المكبوتة تعبيراً عملياً فعلياً وليس لفظياً ، وهذا يعنى إخراج الرغبات لحيز الفعل بدلاً من كبتها .

٢٠٠١ ، ١٣١) .

ولابد من التفرقة بين اضطراب المشى أثناء النوم وبين نوبات الرعب أو الذعر الليلى ؛ حيث يقوم الطفل من فراشه فى حالة ذعر وخوف شديدين مع زيادة عدد ضربات القلب وكثرة تصبب العرق ... الخ وهذا لا يحدث فى حالة اضطراب المشى أثناء النوم ، كما يجب التفرقة أيضاً بين هذا الاضطراب واضطراب الكابوس أو الحلم المزعج المخيف الذى يتذكر فيه الفرد تفاصيل الحلم الذى أزعجه إلى جانب أن اضطراب الكابوس يحدث فى آخر الليل عادة ، ويمكن أن يتشابه هذا الاضطراب مع اضطراب توقف التنفس أثناء النوم إلا أن اضطراب توقف التنفس أثناء النوم يتميز بالشخير ، وانقطاع التنفس ، والنوم المتكرر أثناء النهار .

والشائع بين الناس أن إيقاظ الأطفال الذين يعانون من اضطراب المشى أثناء النوم وقت حدوث النوبة خطأ لأن الطفل إذا أيقظ يفزع ويضطرب ولا يعرف أين هو ، ويعتقد أنه مازال فى فراشه ، ولكن هذا اعتقاد خاطئ لأن الطفل أثناء المشى وهو نائم يكون عرضة لأن يؤذى نفسه لضعف تآزره الحركى ؛ ولذا ينصح بإيقاظ الطفل خاصة عندما يكون فى وضع خطر فقد يختل توازنه ويسقط (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣١ – ١٣٢) .

وهناك مجموعة من العوامل تسهم فى حدوث اضطراب المشى أثناء النوم منها الإرهاق الشديد ، والحرمان من النوم فى فترات سابقة ، واستخدام الأدوية المهدئة أو المسكنة ، كما أن العوامل الوراثية تلعب دوراً فى حدوث هذا الاضطراب ؛ حيث تم ملاحظة

هذا الاضطراب بوضوح بين التوائم المتماثلة للعائلات التى يوجد لديها هذا الاضطراب .

ويرتبط هذا الاضطراب بمجموعة الأعراض المرضية لاضطرابات الأكل Eating Disorders التى تحدث ليلاً ؛ حيث يستيقظ الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب من الفراش ، ويتناولون الطعام على الرغم من أنهم يكونون نائمين ، وينتشر هذا الاضطراب لدى ما يقرب من ٦ % من الأفراد وذلك بناء على دراسة تم فيها تحويل هؤلاء الأفراد لعلاجهم من اضطراب الأرق (مانى وآخرون Manni et al. ، ١٩٩٧ ، ٧٣٥) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب المشى أثناء النوم تتمثل فى :

١- تكرار النهوض من السرير أثناء النوم ، والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة ، ويحدث ذلك عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلى .

٢- يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحباً محملقاً وبدون تعبير ولا يستجيب لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو التحدث معه ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .

٣- لا يتذكر المريض شيئاً عن النوبة عند الاستيقاظ سواء كان بعدها مباشرة أو صباح اليوم التالى .

٤- عند الاستيقاظ يكون المريض غير مدرك للبيئة من حوله لعدة دقائق ويكون مرتبكاً .

٥- يسبب المشى أثناء النوم اضطراباً كلينيكياً واضحاً ، أو قصوراً فى النواحى الاجتماعية أو المهنية أو المجالات الوظيفية الأخرى المهمة بالنسبة للفرد .

٦- لا يرجع الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لاستخدام المواد كإدمان العقاقير ، أو استعمال العقاقير الدوائية أو حالة طبية عامة (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٩١) .

٣- اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder

اضطراب شائع لدى الأطفال الصغار فى سن ما قبل المدرسة وسن المدرسة الابتدائية ومن أعراضه استيقاظ الطفل خائفاً مذعوراً ويجلس فى سريره صارخاً باكياً أو واقفاً أو مسرعاً نحو الأب أو الأم أو إخوته الأكبر منه سناً ، ويحدث هذا الاضطراب خلال الثلث الأول من الليل وينطوى على استيقاظ مفاجئ فى المرحلة الثالثة أو الرابعة لنوم انتفاء أو انعدام حركة العين السريعة ، وعلى الرغم من أن عينى الطفل تكونا مفتوحتان فإنه يكون غير متجاوب مع محاولات الوالدين لإيقاظه ، وأهم ما يميز هذا الاضطراب الارتباك ، والنشاط الزائد عن الحد للجهاز العصبى الذاتى ، ونسيان الحدث عند الاستيقاظ ، وإخراج الأصوات الحادة ، والحركات الثائرة ، وعدم القدرة على التوجه أو فقدان الوجهة Disorientation (نوفزنجر وآخرون Nofzinger et al. ، ١٩٩٤ ، ٨٦) .

ويعرف فزع النوم أو ذعر النوم باسم فزع الليل لدى الأطفال ، كما يعرف باسم كابوس الليل وذلك لدى الكبار وأهم ما يميز هذا الاضطراب

سرعة التنفس ، وزيادة عدد ضربات القلب ، وتصبب العرق ، ونسيان الأحداث عند الاستيقاظ .

ومن الناحية الظاهرية نجد أن فزع النوم يشبه الكابوس ؛ حيث يصرخ الطفل ويبدو مرعوباً ومذعوراً ، ونظراً لأن ذعر النوم يحدث أثناء نوم انعدام حركة العين السريعة ، فإنه لا يحدث نتيجة لأحلام مخيفة أو مفزعة ، وأثناء الذعر الليلى لا يمكن إيقاظ الأطفال بسهولة أو طمأنتهم كما يحدث أثناء الكابوس ، وعند الاستيقاظ لا يذكر الأطفال هذه المخاوف التى حدثت لهم أثناء النوم على الرغم من تأثيرها الشديد والمأساوى على الملاحظين لها ، ويمر حوالى ٥ % من الأطفال (نسبة الصبية أكبر من نسبة الفتيات) بتجربة ذعر النوم ، وبالنسبة للكبار فإن معدل الانتشار يكون أقل من ١ % (بايس وآخرون Buysse et al. ، ١٩٩٣ ، ٣٦٠ - ٣٦١) .

ويرى فريق آخر من الباحثين أن الذعر الليلى ينتشر لدى ١ % - ٦ % من الأطفال ويكون أكثر شيوعاً لدى الذكور عن الإناث ويحدث هذا الاضطراب بين سن ٤ - ١٢ سنة وعادة ما ينتهى تلقائياً قبل مرحلة المراهقة ، وتلعب العوامل الأسرية دوراً رئيسياً فى حدوث هذا الاضطراب كما أنه يزداد سوءاً فى حالة استخدام المشروبات الكحولية (كاليس وآخرون Kales et al. ، ١٩٨٠أ ، ١٤٣١) .

ويستيقظ الطفل فى حالة الفزع مضطرباً مشوش الفكر ، غير واعٍ بما حوله ، وقد يقوم من فراشه ويمشى ، وهو لا يعرف أين هو وماذا يفعل ، ومن الصعب تنبيهه واستعادة وعيه ، ويستمر فزعه

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب الفزع أثناء النوم تتمثل فى :

١- حدوث نوبات متكررة للاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة خوف أو هلع حادة ، وتتميز النوبة بقلق شديد وحركة جسمية وفرط النشاط العصبى اللاإرادى ، وسرعة التنفس ، وزيادة عدد ضربات القلب ، واتساع الحدقتين ، وتصبب العرق .

٢- هذه النوبات المتكررة للاستيقاظ المفاجئ من النوم تحدث دون اتصال كافٍ بالعالم المحيط وتستمر فى المعتاد لفترة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق ، وتحدث هذه النوبات أثناء الثلث الأول من الليل .

٣- عدم استجابة الشخص النسبية لأية محاولة لتهدئته خلال النوبة .

٤- عدم استطاعة الطفل استدعاء أى تفصيلات للحلم ويفقد الذاكرة للواقعة تماماً .

٥- يسبب فزع النوم اضطراباً كلينيكياً واضحاً ، ومقصوراً فى النواحى الاجتماعية أو المهنية أو أى مجالات أخرى هامة بالنسبة للفرد .

٦- لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد كإدمان العقاقير ، أو تعاطى الأدوية ، ولا يرجع إلى أى ظروف طبية عامة (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٥٨٧ - ٥٨٨) .

الفصل الرابع

اضطرابات النوم غير المصنفة

مقدمة :

بالإضافة إلى اضطرابات النوم التى سبق تناولها بالتفصيل فيما سبق توجد مجموعة أخرى من هذه الاضطرابات تخل بالنوم ، ولا تصنف ضمن الاضطرابات سابقة الذكر نظراً لأنها ترتبط باضطرابات نفسية أخرى أو ترجع إلى حالة طبية عامة أو يكون سببها الرئيسى تعاطى المواد النفسية تسمى اضطرابات النوم غير المصنفة فى مكان آخر Dyssomnias Not Otherwise Specified (DNOS) ، ومن هذه الاضطرابات ما يلى :

١- شلل النوم Sleep Paralysis

يعرف شلل النوم بأنه حالة من فقدان القدرة على الحركة تنتاب النائم وهو بين النوم واليقظة ، فيحلم أن لصاً يهاجمه أو حيواناً مفترساً يقترب منه ، ولكنه لا يستطيع الصراخ أو الحركة أو الجرى ، وتستغرق هذه الحالة من ثوان إلى دقائق وهذه الثوانى تمر ببطء شديد (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٢) .

أى أن شلل النوم هو عدم القدرة على إتيان أية حركة إرادية بمجرد بدء النوم أو عند الاستيقاظ ، وترجع هذه الحالة إلى انقلاب دورة النوم بمعنى حدوث تحول سريع من مرحلة النوم العميق إلى مرحلة النوم الخفيف أو العكس ؛ وقد يحلم الشخص بأنه مقيد ولا يستطيع الحركة وسرعان ما يوضع حد للحالة بمجرد لمس الفرد أو النداء عليه ، ويستعيد قدرته على الحركة بعد الاستيقاظ ، وانتهاء النوبة (سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ ، ٢٧٩) .

ويصاحب هذه الحالة فى أغلب الأحيان مشاعر قلق شديدة ،

وقد يتحدث الطفل المصاب بهذا الاضطراب على أنه يخبر أحلاماً حسية واضحة عندما يدخل فى النوم أو يستيقظ منه ، وترتبط هذه الأحلام عادة بمشاعر القلق والتوتر (الكسندر بوربلى ترجمة أحمد سلامة ، ١٩٩٢ ، ١٣٦) .

٢- قفزات النوم Sleep Startling

تحدث هذه القفزات عند بداية النوم ، وفيها يشعر المريض أنه يسقط من مكان مرتفع وتنتفض كل عضلات جسمه ، وهذا الاضطراب شائع جداً لدى غالبية الناس ، وكثيراً من الناس يعتقدون أنهم مصابون بنوع من أنواع الصرع ولكن هذه القفزات طبيعية (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٢ - ٣٠٣) .

٣- هلاوس النوم Hypnagogic Hallucinations

اضطرابات إدراكية تحدث للأسوياء أو العاديين قبل النوم أو بعده مباشرة يرى فيها الفرد صوراً وهمية كالتى ترى فى الأحلام أو يسمع أصواتاً ، وربما يحس إحساسات لمسية ، وهذه الهلاوس طبيعية رغم ندرتها ، وقد وجد أن الفرد أثناء حدوث هذه الهلاوس يكون فى حالة من النوم النقيضى أو النوم السريع أو النوم الحالم الذى يتميز بحركات العين السريعة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٣) .

٤- صرع النوم Sleep Epilepsy

نوبات نوم عميقة تصاحبها أحياناً نوبات من الشلل والهلاوس وتحدث هذه النوبات أثناء الدخول فى النوم أو أثناء اليقظة والتفسير الفرضى لهذا الاضطراب أن بعض أحداث النوم النقيضى أو

السريع تتداخل فى أوقات غير مناسبة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ٣٠٤) .

٥- الجز على الأسنان أثناء النوم Sleep Related Bruxism

يحدث هذا الاضطراب خلال المرحلة الثانية لنوم انعدام حركة العين السريعة وفيه يجز المريض على أسنانه وهو نائم بطريقة تشبه مضغ أو طحن الطعام ، ويعانى من هذا الاضطراب من ٥ % - ١٠ % من الأفراد ، ويؤدى هذا الاضطراب إلى تلف الأسنان ، ولا يشعر الفرد الذى يعانى من هذا الاضطراب بحدوثه أثناء النوم ، ولكنه يشعر بألم شديد فى الفكين أو أحدهما عندما يستيقظ أو يشكو من احتكاك أسنان الفرد من يشاركه فى فراشه أو فى غرفة نومه (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٩٨) .

٦- اهتزاز الأرجل أثناء النوم Sleep Restless Legs

أحاسيس حسية جسدية تدفع الفرد إلى تحريك الأرجل وذلك بعد الاستيقاظ من النوم القلق أو المضطرب ، ويحدث هذا الاضطراب عادة أثناء النوم ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب بنسبة ٥ % لدى الأفراد فى منتصف العمر ٤٠ أى من - ٦٠ عاماً ، ويمكن علاج هذه الحالة بالتدليك أو استخدام بعض الأدوية مثل الكاربامازيين أو بروبرانولول (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ٦٥) .

٧- أرجحة الرأس أثناء النوم Sleep Head Banging

وفيها يحرك الفرد رأسه بعنف يميناً ويساراً قبل النوم مباشرة أو أثناءه وخاصة فى مرحلة النوم الخفيف (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٣٩٨) .

٨- كثرة النوم أو فرط النوم Hypersomnia

اضطراب يتمثل فى الرغبة الشديدة فى النوم أثناء النهار بالإضافة إلى زيادة عدد ساعات النوم ، وعلى الرغم من أن نسبة حدوث هذا الاضطراب أقل بكثير من نسبة حدوث الأرق إلا أنها تمثل نسبة كبيرة من شكوى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم ، ومن أسباب هذا الاضطراب ما يلى :

- أسباب طبية مثل بعض الأمراض العضوية المصحوبة بخلل فى هرمونات الغدد الصماء ، وزملة أعراض كلاين ليفن (*) Kleine – Levin Syndrome وفيها تكون زيادة النوم مصحوبة باضطراب نفسى ، وحالات التسمم الناتجة عن استخدام بعض الأدوية أو المواد المخدرة أو تعاطى الكحول .
- أسباب نفسية مثل بعض حالات الاكتئاب ، أو فقدان شخص عزيز ، أو الشعور بالعزلة الاجتماعية أو التجنب الاجتماعى (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٣) .

وحالة فرط النوم هذه تختلف عن حالات الأشخاص الذين اعتادوا على النوم لفترات طويلة Long Sleepers بمعدل ٩ – ١٠ ساعات فى المتوسط كل يوم وهذا المعدل يمثل احتياجات بعض الناس اليومية من النوم التى

(*) فترات نوم دورية زائدة عن الحد تدوم لبضعة أسابيع وتتعاقب مع النوم الطبيعى ، فقد ينام الفرد لفترة من ٢٠ – ٢٢ ساعة فى اليوم ، وفى نفس الوقت تزداد لديه دوافع أخرى فيأكل ويشرب بشراهة ويمارس سلوكاً جنسياً غير ملائم ، وقد يبدى فتوراً للشعور ، أو لا مبالاة ، وحدة فى الطبع ، وارتباك ، وهذه الظاهرة نادرة ، وعادة تصيب الذكور فى الأعمار من ١٣ – ١٩ عاماً أو فى بداية الأربعينات وكثيراً ما تزول تلقائياً خلال الثلاثينات أو الأربعينات من العمر (مانى وآخرون Manni et al. ، ١٩٩٧) .

تختلف من شخص إلى آخر ، وعلاج فرط النوم يتم باستخدام بعض الأدوية المنبهة مثل الأمفيتامينات ، وكذلك باستخدام أدوية الجيل الجديد من مضادات الاكتئاب التى تزيد من مستوى هرمون السيروتونين فى الدم (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ٦٢ - ٦٣) .

اكتشاف الاضطرابات المتعلقة بالنوم :

تكون الاضطرابات المتعلقة بعملية النوم مكدرة ، ومقلقة ، ومربكة إلى حد كبير للأفراد الذين يعانون منها ، وتؤدى إلى العديد من الاضطرابات السيكولوجية الأخرى .

ويفيد جهاز وصف أو تخطيط النوم (PSG) Polysomnography فى تقديم صورة أوضح وأشمل لعادات الفرد فى النوم ؛ حيث يقضى المريض ليلة أو أكثر نائماً فى معمل النوم ويتم مراقبة كل من التنفس ، ونسبة الأكسجين فى الدم ، كذلك يتم قياس نشاط موجة المخ وذلك بواسطة رسام المخ الكهربى (EEG) Electroencephalograph وحركات العين وذلك بواسطة جهاز رصد حركة العينين (EOG) Electrooculograph ، وحركات العضلات بواسطة جهاز تسجيل قوة وشد العضلات (EMG) Electromyograph ، ونشاط القلب بواسطة جهاز تسجيل رسم القلب الكهربى (ECG) Electrocardiograph وتستغرق هذه الإجراءات وقتاً طويلاً كما أنها تكون مكلفة مادياً ولكنها هامة لضمان التشخيص الدقيق ووضع خطة العلاج المناسبة ، وعلاوة على ذلك يرى الكلينيكيون أنه من المفيد معرفة متوسط عدد ساعات نوم الفرد كل يوم مع الوضع فى الاعتبار كفاءة فعالية النوم (SE) Self Efficiency ، ويتم حساب كفاءة أو فاعلية النوم بقسمة الوقت المنقضى فى النوم على الوقت الكلى المنقضى فى الفراش

كالآتى :

$$\text{فعالية النوم} = \frac{\text{مقدار وقت النوم}}{\text{مقدار الوقت المنقضى فى الفراش}} \times ١٠٠$$

فإذا كان الناتج يساوى ١٠٠ % فإنه يعنى أن الفرد غلبه النعاس أو النوم بمجرد أن وضع رأسه على المخدة ولم يستيقظ إطلاقاً أثناء فترة النوم ، أما إذا كان الناتج يساوى ٥٠ % فإنه يعنى أن الفرد قضى نصف الوقت فى الفراش فى محاولة للنعاس بمعنى أنه كان مستيقظاً نصف الوقت ، ويشخص الكلينيكيون الأرق إذا كانت كفاءة أو فاعلية النوم أقل من النسبة الطبيعية التى تقدر بـ ٨٥ % ، ومثل هذه القياسات تساعد الكلينيكى على أن يحدد بموضوعية الأسباب الرئيسية لاضطراب النوم ، ونوعية الاضطراب ومدى تداخله مع الاضطرابات الأخرى للنوم ، وكذلك عدد ساعات النوم الجيد للفرد يومياً .

ويرى لطفى الشربينى (٢٠٠٠) أن الأجهزة المختلفة التى سبق ذكرها تقوم بتسجيل النشاط الكهربى للمخ ، والتغيرات التى تطرأ على الموجات الكهربية به لمقارنتها بالوضع فى حالة اليقظة ، وكذلك يتم رصد حركات العين عن طريق أقطاب توضع على الجوانب الخارجية لتجويف العين ، كما يتم تسجيل التوتر العضلى عن طريق أقطاب يتم تثبيتها على عضلات أسفل الوجه ، ويتم تحديد مراحل النوم وخصائص كل مرحلة من خلال معرفة نشاط المخ وحركة العينين وحركة العضلات فمثلاً :

- موجات المخ التى يتم تسجيلها عن طريق رسم المخ الكهربى يبدو

فيها التغيير باختفاء موجات ألفا وإيقاعها حوالى ٨ – ١٠ دورات فى الثانية ليحل محلها مع زيادة عمق النوم موجات أخرى كبيرة وبطيئة تسمى موجات دلتا وإيقاعها لا يتعدى ٢ – ٣ دورة فى الثانية .

- يمكن ملاحظة حركات العين السريعة التى تحدث عادة لأول مرة عقب مرور ساعة من بداية النوم تقريباً ، ورغم أن نوم حركات العين السريعة يكون عميقاً فإن التسجيل الكهربى لموجات المخ المتزامن معه يشبه إلى حد كبير الحالة أثناء اليقظة أو المرحلة المبكرة للنوم .

- تسجيل التوتر العضلى عن طريق جهاز تسجيل قوة شد العضلات الذى يكشف حدوث حالة الاسترخاء العضلى التام خلال النوم وزيادتها مع النوم العميق ، وهذا الجهاز أيضاً يظهر التقلصات العضلية التى تحدث بين وقت وآخر أثناء النوم .

الفصل الخامس

أسباب اضطرابات النوم

أسباب اضطرابات النوم

تقسم أسباب اضطرابات النوم إلى أربعة أقسام هى :

أولاً : الأسباب الوراثية .

ثانياً : الأسباب العضوية أو الجسمية .

ثالثاً : الأسباب النفسية والاجتماعية .

رابعاً: الأسباب البيئية .

وفيما يلى تناول هذه الأسباب بشئ من التفصيل :

أولاً : الأسباب الوراثية :

أشارت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد أن نصف الأطفال الذين يمشون أثناء النوم ينحدرون من أسر يعانى فيها فرد أو أكثر من هذا الاضطراب ، وأظهرت نتائج دراسات أخرى تشابهاً فى اضطرابات المشى أثناء النوم لدى ٤٠ % من التوائم المتماثلة ، ١٠ % لدى التوائم غير المتماثلة (محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٥ – ٣١٦) ، كذلك أظهرت نتائج بعض الدراسات أن اضطراب غفوات النوم المفاجئة ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى بنسبة تتراوح بين ٥ – ١٥ % بينما ينتشر اضطراب فرط النوم لدى ٢٥ % من أقارب الدرجة الأولى (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٤٨٨) ، وتدلل النتائج السابقة على أن اضطرابات النوم ترجع إلى أسباب وراثية .

ثانياً : الأسباب الجسمية :

أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن أسباب قلة النوم ، والنوم الخفيف ، وكثرة الاستيقاظ عند الأطفال فى مرحلة الرضاعة ترجع إلى المضايقات الجسمية مثل الجوع ، والشبع الزائد ، والآلام الناتجة

عن دخول الهواء مع الطعام ، والملابس الضيقة ، وبل الفراش أو الملابس ، وجو الحجرة التى ينام فيها الطفل سواء كان بارداً أو حاراً ، وأشارت نتائج دراسات أخرى إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يمشون أثناء النوم يعانون من تأخر فى نضج الجهاز العصبى المركزى ، وكشف جهاز رسم المخ الكهربى شذوذاً فى موجات المخ لدى حوالى ٢٠ % من هؤلاء الأطفال مما يؤكد عدم نضج الجهاز العصبى لديهم (محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٦) .

ومن الأسباب الجسمية أيضاً تعاطى أدوية لعلاج أمراض معينة ويكون من آثارها الجانبية إما الأرق أو فرط النوم ، كما فى بعض أدوية الحساسية ، وكذلك بعض المشكلات النفسية العابرة والخلافات الاجتماعية ، وضغوط العمل .

ويرجع بعض الكلينيكيين السبب الرئيسى فى حدوث غفوات النوم المفاجئة إلى بعض العوامل العضوية كالاضطرابات المخية كما أن حالات الفزع الليلى ترجع إلى الهيبوجلسيميا Hypoglysemia وهى انخفاض نسبة السكر فى الدم ؛ لذا فإن نجاح العلاج يكون بإعطاء المريض جرعات زائدة من الكربوهيدرات فى وجبة العشاء أو قبل النوم مباشرة (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣٤) .

وفى حالات الإفراط فى النوم توجد أسباب عضوية كنقص كبير فى هرمون الغدة الدرقية ، والهزال العام ، وسوء التغذية ، أو بعض إصابات الجهاز العصبى كالالتهاب السحائى ، والحمى الشوكية (هارفى Harvey ،

٢٠٠١ ، ٥) .

وفى حالات اضطراب النوم المرتبط بالتنفس توجد أسباب عضوية تتمثل فى انسداد الممر الهوائى العلوى أو وجود تلف فى مركز ضبط التنفس فى المخ أو ارتفاع ضغط الدم .

ثالثاً : الأسباب النفسية والاجتماعية :

تصنف الأسباب النفسية والاجتماعية لاضطرابات النوم إلى ست مجالات هى :

١- **أخطاء يتبعها الآباء فى معاملة الطفل فى موقف النوم :**

ومن هذه الأخطاء مايلى :

- بعض الآباء ينتهج أسلوب التخويف وبث الرعب فى نفس الطفل كى ينام وهذا أكبر خطأ يقع فيه الآباء ؛ حيث ينام الطفل مهموماً خائفاً ومن ثم يعانى من الكوابيس والفزع الليلى .
- قص القصص المخيفة للطفل ، وهذه القصص تنعكس آثارها السلبية على الطفل فى نومه على شكل أحلام مزعجة مما يؤثر على استقرار نوم الطفل .
- غلق الغرفة على الطفل عند الذهاب للنوم ، وكذلك إطفاء مصابيح الغرفة مما يزرع الخوف فى نفس الطفل ويؤدى إلى اضطراب نومه .
- عدم تعويد الطفل منذ الصغر على النوم بمفرده ، حيث إن بعض الأسر تسمح للطفل بأن ينام فى فراش والديه حتى سن السادسة وهذا خطأ كبير لأن نوم الطفل فى فراش والديه يعرضه لسماع أو مشاهدة ما يدور بينهما فيدفعه فضوله فى ذلك إلى مقاومة النوم .

- بعض الآباء يوقظ ابنه من النوم لكى يلعب معه أو لأنه اشترى له لعبة جديدة ، وخاصة عندما يكون الأب مشغولاً طوال اليوم وليس عنده سوى هذه الفرصة ، وهذا خطأ كبير لأنهم فى هذه الحالة يقطعون على ابنهم النوم الهادئ ، ومن الصعب أن ينام الطفل مرة أخرى بارتياح .
- تأخر النوم بالنسبة للطفل يحدث عنده توترات عصبية وخاصة عندما يستيقظ فى الصباح للذهاب إلى المدرسة ولم يأخذ كفايته من النوم مما يؤدى إلى عدم التركيز فى الدراسة والنوم داخل الفصل الدراسى .
- بعض الآباء يحدد مواعيد ثابتة وملزمة لنوم الطفل تحت أى ظرف من الظروف مما يجعل الطفل فى بعض الأحيان ينام متوتراً لأنه أجبر على النوم ، ويشعر بالاضطهاد وعدم احترام شخصيته مما يعرضه للأحلام المزعجة .

٢- أخطاء الوالدين فى تنشئة الطفل :

ومن هذه الأخطاء ما يلى :

أ- التدليل الزائد :

التدليل الزائد يجعل الطفل متعلقاً بأمه ، لا يستطيع البعد عنها ، وهذا يجعل النوم بالنسبة له خبرة مؤلمة ، لأنه يحرمه من أمه ، ويفصله عنها ، ويجعله وحيداً ، وهو لم يتعود على الوحدة ، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه ، فيخاف من النوم ، ويقاوم الذهاب إلى الفراش ومن ثم يعانى من الأرق والكوابيس المخيفة .

ب- طموح الوالدين الزائد :

كأن يطلب الوالدين من الطفل الحصول على الدرجات النهائية فى

الاختبارات المدرسية ، وحينما يفشل الطفل فى ذلك يشعر بالهم والإحباط لأنه لم يحقق طموحات والديه .

جـ- القسوة الزائدة من الوالدين :

القسوة الزائدة من الوالدين تشعر الطفل بالنبذ ، وتحرمه من إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية فيفتقد الشعور بالأمن والاستقرار ، ويشعر بأنه غير مرغوب من والديه ، وهذا ما يجعله قلقاً مهموماً ومن ثم يشعر بالقلق والضيق فيضطرب نومه ويصاب بالأرق والكوابيس والفزع الليلى .

د- الخلافات الأسرية :

الخلافات التى تدب بين الوالدين تفسد الحياة الأسرية ، وتجعل الطفل قلقاً متوجساً ، خائفاً على والديه أو أحدهما فيقاوم النوم لخوفه عليهما من المشاجرات التى تدب بينهما ومن ثم يصاب بالأرق والفزع والكوابيس .

هـ- تفضيل الوالدين لأحد الأطفال على الآخر :

تفضيل الوالدين لأحد الأطفال عليه يشعر الطفل بالظلم ، ويحرمه من الأمن والطمأنينة فى علاقته بوالديه ، ويشعره بالعجز وعدم الكفاءة فيضطرب نومه .

و- الخوف الزائد من الأم على الطفل :

قلق الأم على طفلها وخوفها الزائد عليه يجعلها أكثر التصاقاً به ، ولا تقوى على البعد عنه ، فيصيبها الهم والقلق عندما تنفصل عنه فى النوم ، وتنتقل مشاعرها هذه إلى الطفل فيشعر هو الآخر بالقلق عندما يذهب إلى النوم ويضطرب نومه .

٣- الضغوط النفسية والاجتماعية التى يتعرض لها الطفل فى الأسرة والمدرسة :

أكدت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين يتمتعون بنوم هادئ وطبيعى ومتصل يكونون أقل عصبية وعدوانية من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النوم ، فأثناء النوم يحدث هبوط نسبى فى كل وظائف الجسم يزداد معه الفرد راحة ونمواً وتأخذ كل أعضاء الجسم فترة من الراحة فتستقر ضربات القلب ، وينتظم التنفس عن طريق نسبة الأكسجين المعتدلة التى تدخل إلى الرئتين ، وترتاح العيون ، وتسترخى العضلات ويدخل الفرد فى حالة استقرار وجدانى .

٤- عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة :

من الأسباب الرئيسية التى تؤدى إلى اضطرابات النوم هى عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة ، وتوجد عوامل كثيرة تكمن وراء عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة منها الضغوط النفسية ، والقلق ، ومشاهدة التليفزيون ، والنوم لأوقات متأخرة وخاصة فى أيام الأجازات ، وبعض الأمراض المزمنة كالروماتيزم والربو والحساسية ومن ثم يضطرب وقت النوم ووقت الاستيقاظ صباحاً مما يؤدى إلى اضطراب جدول النوم واليقظة فتقل ساعات النوم فى بعض الأيام وتزداد فى البعض الآخر ، وإذا استمر هذا الاضطراب لفترة طويلة يصبح هو القاعدة .

٥- الارتباط السئ بالأشياء التى تحيط بالفرد وقت النوم :

يتعلم الكبار وكذلك الأطفال أن يربطوا عملية الانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم بعوامل بيئية معينة مثل مكان معين ، أو سرير معين ، وهناك من الكبار – مثلاً – من يكون لديه ارتباطات سالبة بمثل هذه العوامل البيئية ومن ثم يفشل فى النوم فى فراشه ، بينما ينام بسرعة فوق أريكة تقع فى

غرفة الجلوس أو غرفة الطعام حتى ولو كان جالساً ، وينطبق هـذا الأمـر بشكل واضح على الأطفال ويفسر ذلك على أنه نوع من التشريط الخـاطئ الذى بدأ منذ الطفولة ثم استمر نتيجة عوامل معززة مختلفة (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٧٠) .

٦- العادات السيئة الخاصة بتناول الطعام والشراب :

يعمد بعض الأفراد إلى تأخير تناول العشاء ويتناولون فيه كميات كبيرة من الأطعمة الدسمة فيصابون بالتخمة ، وضيق التنفس ، ومن ثم الكـوابيس والأحلام المزعجة ، وكثرة الاستيقاظ مما يؤدى إلى الأرق ؛ لـذلك يجـب تناول وجبة العشاء قبل موعد النوم بحوالى ٣ - ٤ ساعات حتى لا يؤثر ذلك سلبياً على النوم ، كذلك يجب تجنب تناول المشروبات الكحولية التى تحتوى على الكافيين فتناول الكحول يؤدى إلى أرق شديد يضاف إلى ذلك أن المواد الكحولية تزيد من فرصة انقطاع التنفس أثناء النوم ، كذلك أثبتت نتائج بعض الدراسات أن تناول الشيكولاتة والآيس كريم أثناء الليل يزيد الاضـطرابات المرتبطة بالنوم ويسبب الكوابيس ، وفسر العلماء ذلك بأن الكافيين الموجود فى الشيكولاتة يعيق الاسترخاء مما يؤدى إلى الأرق وتقطع النوم والكوابيس المزعجة .

وهكذا يتضح أن الأسباب التى تؤدى إلى اضطرابات النوم متعـددة ، وفى هذا الصدد أو على ضوء ذلك فإن هناك بعض الاعتبارات التى تؤخـذ بعين الاعتبار منها :

- نظراً لأن الكلينيكى يعتمد على تقرير الأهل عن صعوبات النـوم لـدى أطفالهم فإنه يجب عليه تقييم المعلومات التى يحصل عليها بعناية ودقـة

وذلك لأن الوالدين ربما يتحيزون لأطفالهم أو يتحيزون لتفاعلات ماضية مع الطفل أو بماضيهم الخاص بهم أو المصاعب الحالية فى النوم .

- فى معظم الحالات فإن المشكلات المتعلقة بعملية النوم تحدث فى أعقاب الإيذاء الجنسى Sexual Abuse الحالى أو الماضى لذلك ينبغى على الكلينيكى أن يكون منتبهاً بدرجة كبيرة لهذا الاحتمال ويتتبعه إذا اكتشف وجوده ، وفى الحالات التى يتم فيها الشك فى الإيذاء أو الانتهاك الجنسى فإن الوالدين ربما لا يعرفون عن ذلك شيئاً أو ربما يكونون مترددين فى ذكر ذلك أو التبليغ عن هذه الأحداث الصدمية وبالتالى فإنهم يفشلون فى توفير أو تقديم المعلومات التى يكون لها احتمالات فى تفسير صعوبة النوم لدى الطفل .

- فى بعض الأحيان لا يقوم الوالدين بمشاهدة أو مراقبة نوم الطفل طوال الليل وبالتالى لا يكون لديهم معلومات دقيقة أو كاملة عن الأسباب التى تؤدى إلى اضطراب النوم ، على سبيل المثال إذا كان اضطراب الكابوس ليس مكدراً أو لا يسبب الضيق والفزع فإنه فى هذه الحالة لا يكون الوالدين أو الأطفال على وعى بها ، وهذا هو السبب الرئيسى وراء الإحالة إلى أخصائى اضطرابات النوم لملاحظة الطفل فى معمل النوم أثناء النوم ، وربما لا يكون هناك مبرراً له إذا تم جمع معلومات دقيقة من الوالدين أو الأهل ، ويتم هذا الإجراء عملياً باستخدام جهاز وصف أو تخطيط النوم ، ويعتبر هذا الإجراء مفيداً جداً رغم تكلفته الباهظة بدلاً من الخطأ فى التشخيص ، وبالتالى العلاج الخطأ أو غير الناجح لفترة زمنية دون الوصول إلى النتائج المرجوة .

هذا ؛ ويجب الإشارة إلى أن بعض اضطرابات النوم كالكوابيس ، والفزع الليلى ، والمشى أثناء النوم يمكن أن تنشأ عن اضطراب الأرق أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة .

رابعاً : الأسباب البيئية :

غالباً ما يضطرب النوم بسبب الظروف البيئية التى تتمثل فى :

أ- الضوضاء الخارجية :

فالضجيج يؤدى إلى حدوث صعوبة فى النوم ، كما يؤدى أيضاً إلى زيادة فرص النوم المتقطع ويحرم الفرد من الحصول على مراحل النوم العميق .

ب- الأحداث الاجتماعية :

الخلافات الاجتماعية ، وكذلك الخلافات الأسرية ، وضغوط العمل ومسئولياته ، أو وفاة شخص عزيز ، أو الانتقال إلى بيئة جديدة يمكن أن تؤدى إلى حدوث اضطراب فى النوم .

جـ- السفر :

السفر من مكان إلى مكان بالطائرة وخاصة فى حالة وجود فروق فى التوقيت .

د- تغيير مكان النوم :

تغيير حجرة النوم أو سرير النوم يسبب الأرق ، ويجعل الفرد يستغرق وقتاً طويلاً حتى يغلبه النعاس .

هـ- جو غرفة النوم :

يؤثر جو غرفة النوم على النوم بدرجة كبيرة ، فدرجة الحرارة المرتفعة أو المنخفضة تؤثر سلبياً على نوعية النوم ؛ لذلك يجب أن تكون

درجة حرارة غرفة النوم مناسبة .

و- الإضاءة القوية :

الضوء الشديد فى غرفة النوم يؤثر على النوم ؛ لذلك يجب أن يكون ضوء غرفة النوم خافتاً فالضوء الخافت يساعد على الاسترخاء .

أسباب الأرق المؤقت أو العارض :

نظراً لأن الأرق المؤقت أو العارض من السهل أن يتعرض له الفرد فإنه سيتم تناول مسبباته أو العوامل التى تؤدى إليه بشىء من التفصيل :

١- الاستجابة للتغير والضغوط :

تعد الاستجابة للتغير أو الضغوط أحد الأسباب الأكثر شيوعاً لحدوث الأرق العارض أو الأرق قصير الأمد ، وفى واحدة من أكبر الدراسات المسحية التى قام بها إدى وولبروهيل Eddy & Walbroehl (١٩٩٩) ذكر ٣٤ % من الإناث ، ٢٢ % من الذكور أن الضغوط العصبية أثرت على نومهم ، والعامل الكامن وراء هذه الحالة من الاضطراب يمكن أن يرجع إلى حدث جسيم مثل المرض الحاد أو إجراء الجراحة ، أو فقدان شخص عزيز ، وربما يرجع إلى حدث أقل مثل التقدم للامتحان ، أو تقلبات الطقس ، أو السفر ، أو مشاكل العمل ، وفى مثل هذه الحالات يعود نوم الفرد إلى حالته الطبيعية عندما يشفى الفرد أو عندما يتغلب على الحدث ويتكيف مع الموقف الجديد .

٢- التعب أو الإرهاق بعد رحلة سفر طويلة :

غالباً ما يسبب السفر الجوى الأرق فبعد الرحلات الطويلة بالطائرة يحتاج المسافر إلى يوم أو أكثر لكى يتكيف عبر كل منطقة زمنية ، والسفر

إلى المناطق التى تكون فروق التوقيت فيها متقدمة يكون أقل تأثيراً من السفر إلى المناطق التى تكون فروق التوقيت فيها متأخرة ؛ وذلك لأنه من السهل على الفرد أن يطيل مرحلة الإيقاع الزمنى على أن يقصرها .

٢- ظروف العمل :

توصلت نتائج العديد من الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعملون بنظام الورديات الليلية ، أو طبقاً لجداول فى العمل تتضمن ورديتين أو ثلاث يعانون من الأرق وذلك بدرجة أكبر من الأفراد الذين يعملون فى ورديات نهارية ، وفى دراسة قام بها إدى وولبروهيل Eddy & Walbroehl (١٩٩٩) وجد أن ٥٣ % من العمال الذين يعملون فى ورديات ليلية ينامون أو يغلبهم النوم أثناء تأديتهم لوظائفهم مرة واحدة على الأقل كل أسبوع مما يوحى بأن ساعتهم البيولوجية لا تتوافق مع أوقات العمل غير العادية وهم معرضون لخطورة كبيرة بسبب الحوادث الناتجة عن الدوخة أو الدوار الذى يشعرون به بسبب قلة النوم ، كما توصلت نتائج إحدى الدراسات اليابانية إلى أن العمل الزائد عن الحد أمام الكمبيوتر ارتبط بأنواع الأرق المختلفة .

٣- الكافيين والخمور واستخدام المواد الأخرى :

تؤدى العادات الحياتية المختلفة إلى قلة النوم ، فتناول المواد التى تحتوى على الكافيين كالقهوة مثلاً من العوامل الشائعة إلى حد كبير فى حدوث الاضطرابات المتعلقة بالنوم ، وما يقرب من ١٠ % إلى ١٥ % من حالات الأرق المزمن ينتج عن سوء استخدام المادة وعلى الأخص الخمور ، والكوكايين ، والمهدئات أو المسكنات ، ومما يجب الإشارة إليه أن تناول

الخمور أو المشروبات الكحولية لإحداث النوم يساعد فى بادىء الأمر على دخول الفرد فى النوم إلا أنها تؤدى بعد ذلك إلى نوم متقطع وإلى الاستيقاظ ، وتزيد من خطورة حدوث اضطرابات النوم الأخرى مثل انقطاع التنفس أثناء النوم ، كما أن النيكوتين الموجود بالسجائر يسبب اليقظة والإقلاع عنه يسبب الأرق العابر ، كما أن تناول الأدوية وخاصة التى تحتوى على الكافيين والمواد المهدئة يسبب الأرق .

٥- عادات رفيق حجرة النوم :

أظهرت نتائج الدراسة المسحية التى قام بها إدى وولبروهيل Eddy & Walbroehl (١٩٩٩) أن ١٧ % من الإناث ، ١٥ % من الذكور ذكروا أن عادات من يشاركهم غرفة النوم تعوق نومهم ، فالشخير كان عاملاً فى حدوث الأرق لمن يشارك الشخص الذى يعانى منه غرفة النوم ، وأظهرت نتائج المسح أيضاً أن ٤٤ % من الذكور ، ٣٦ % من الإناث قد ذكروا الشخير لبضع ليال فى الأسبوع ، ومن بين الذين يشخرون كان ١٩ % منهم يسمع شخيرهم رغم غلق باب حجراتهم .

٦- العوامل البيئية :

يسبب الضوء الشديد ، ودرجة الحرارة غير المريحة الأرق العابر ، فمن المعروف أن الساعة البيولوجية تتأثر بضوء الشمس وكذلك الضوء الصناعى الساطع أو المبهر .

٧- الحالات أو الظروف الطبية :

أظهرت نتائج المسح الذى قام به إدى وولبروهيل Eddy & Walbroehl (١٩٩٩) أن ٢٢ % من أفراد العينة ذكروا أن الظروف

الصحية نتيجة الألم أو عدم الراحة أعاقت نومهم ، ومن المشكلات الصحية التى تسبب الأرق أيضاً الحساسية ، والتهاب المفاصل ، وأمراض القلب ، والربو ، وارتفاع ضغط الدم ، والروماتيزم ، ومرض الزهايمر ، ومرض باركينسون ، وزيادة إفراز الغدة الدرقية .

٨- الاضطرابات الانفعالية :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن حالات الأرق المزمن ترجع إلى الاضطرابات النفسية المختلفة كالقلق المزمن ، والتوتر ، والاكتئاب ، كما أن معظم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يشكون من الأرق وإن كان ليس واضحاً أى منهما يؤدى إلى حدوث الآخر ، كما أن المحن النفسية التى يمر بها الفرد خلال حياته كالأحداث النفسية المثيرة والمحزنة تؤدى إلى حدوث الأرق .

٩- التقلبات الهرمونية :

يؤدى اضطراب هرمونات الأنثى إلى حدوث الأرق ، فمن المعروف أن هرمون البروجسترون Progesterone وهو الهرمون الذى يهيىء الرحم لاستقبال البويضة الملحقة يحفز على النوم ، ومستوى هذا الهرمون يقل أثناء فترة الحيض مما يسبب الأرق ، وتزداد أو ترتفع نسبته خلال فترة التبويض ثم ينخفض مرة أخرى أثناء شهور الحمل مما يعوق أو يكدر نوم الأم الحامل ، وعندما يتوقف الحيض أو عندما تبلغ الأم سن اليأس يقل إفراز هذا الهرمون بنسبة كبيرة ، وبالتالى يضطرب نومها بشدة وتصبح فى حالة شبه يقظة ، وتستيقظ من النوم من حين إلى آخر خلال الليل وتستمر هذه الحالة خلال الشهور الأولى من توقف الحيض .

تفسير النظريات العلمية لاضطرابات النوم :

أولاً : النظريات القديمة :

١- نظرية التحليل النفسى :

اهتم علماء التحليل النفسى بدراسة صعوبات النوم عند الأطفال ، وفسروها بعدة عوامل منها : قلق الانفصال ، والقلق الأوديبى ، والخوف من ظهور الرغبات المكبوتة ، وفيما يلى عرض لكل عامل من هذه العوامل بشئ من التفصيل :

أ- **قلق الانفصال** : يفصل النوم الطفل عن والديه ، ويشعر بعض الأطفال بالقلق من هذا الانفصال ، فيكرهون النوم ، ويقاومون الذهاب إلى الفراش أو يسهرون ويعانون من الأرق ، أو من النوم الخفيف المتقطع ، أو يرفضون النوم إلا فى أحضان أمهاتهم ، وهذا يعنى أن صعوبات النوم هى إعلان لرفض الطفل الانفصال عن أمه لتعلقه بها ، أو لخوفه عليها وما قد يحدث لها أثناء نومه ، أو لخوفه من الوحدة التى يشعر بها أثناء النوم .

ب- **القلق الأوديبى** : يصاحب القلق الأوديبى الذى يعانى منه الأطفال فى سن ٤ - ٦ سنوات صعوبات فى النوم ؛ حيث يسقط الولد خوفه من أبيه على أى شئ مثل : الأشباح ، والحيوانات المفترسة ، ويستدل علماء التحليل النفسى على صحة هذا التفسير من انتشار الفزع أثناء النوم عند الأطفال فى سن ما قبل المدرسة ، وزيادة صعوبات النوم عند الأولاد أكثر منها عند البنات .

جـ- **الخوف من الرغبات المكبوتة** : عند تدريب الطفل على تنظيم عمليات الإخراج قد يعامله والداه بقسوة ، فيشعر بالعداوة نحوهما ، ولكنه

يكبتها ويخاف من النوم لأنه يضعف سيطرته على هذه المشاعر وغيرها من الرغبات المكبوتة فى اللاشعور ويخشى ظهورها فى الشعور ، فإلحاح هذه الرغبات وخوف الأنا من ظهورها قد يسبب الأرق والنوم المتقطع ، وقد تؤدى قسوة الوالدين على الطفل فى مواقف التبول اللاإرادى إلى خوف الأنا الأعلى عنده من الوقوع فى الخطأ وبالتالى لا يرغب فى النوم لخوفه من أن يبلل فراشه ، ويعاقبه والداه ، فيعانى الأرق أو السهر ، والكابوس والفزع أثناء النوم ، ومما يؤيد هذا التفسير انتشار مقاومة الذهاب إلى الفراش ، ومقاومة الدخول فى النوم ، والرغبة فى السهر عند الأطفال من سن ٢ إلى ٥ سنوات ، وهى فترة التدريب على تنظيم عمليات الإخراج (محمد عودة وكمال إبراهيم مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٣ - ٣١٤) .

٢- النظرية السلوكية :

يرى علماء المدرسة السلوكية أن النوم العادى أو الطبيعى والنوم المضطرب سلوكيات متعلمة ، فكل أسرة تعلم طفلها السلوك المقبول فى النوم فينام نوماً مستمراً وعميقاً لفترة تكفى حاجته ، أو تعلمه السلوك غير المقبول فيضطرب نومه ويقلق ، كما يرجعون صعوبات النوم عند الأطفال إلى أخطاء الوالدين فى تنشئة طفلهما فيعلمانه الخوف من النوم من خلال الارتباط الشرطى للنوم بأشياء مخيفة تتعلق بمكان النوم أو ظروفه أو مواعيده أو تجعله يتعلم صعوبات النوم بالتطبيق الخاطئ للثواب والعقاب فى مواقف النوم ، حيث يحدث تدعيم لسلوكيات صعوبات النوم ، وإضعاف لسلوكيات النوم العادى أو الطبيعى ، كما يمكن أن يتعلم الطفل صعوبات النوم

بالتقليد الاجتماعى لصعوبات النوم لدى الراشدين المهمين فى (محمد عودة وكمال إبراهيم مرسى ، ١٩٨٦ ، ٣١٥) .

ثانياً : النظريات الحديثة :

١- النظرية الوعائية Vascular Theory

يُعد العالم الفسيولوجى الإيطالى الأصل موسو Mosso من أنصار هذه النظرية ؛ حيث يرى أن النوم يحدث نتيجة قلة دوران أو الدم إلى المخ وتوصل إلى ذلك نتيجة لما لاحظه من أنه إذا ضغطت الدموية الكبيرة فى العنق (الأوعية السباتية) التى تمد المخ بالدم فإز يغيب عن وعيه ويسقط مغشياً عليه كالنائم .

بينما يرى فريق من العلماء عكس ذلك ؛ حيث يرون أن زيادة الدم الواردة إلى المخ هى التى تستدعى النوم واستندوا فى ذلك إل الشخص الذى يصاب بنزيف دماغى يفقد رشده ويغمى عليه كالنائم ، و الأخير يخلط بين النوم الطبيعى المعتاد وبين الحالات المرضية فما يلا أثناء النوم من انخفاض ضغط الدم ونقص عدد ضربات القلب ، و التنفس ، وقلة الدم الوارد إلى المخ كلها أمور تحدث أثناء النوم ، ول ليست السبب فى حدوثه .

٢- النظرية الكيميائية Chemical Theory

مؤدى هذه النظرية أن جسم الإنسان أثناء نشاطاته الج والفسيولوجية المختلفة ، ومن خلال العديد من العمليات الكيم والحيوية التى تحدث داخل الجسم يُنتج العديد من الفضلات أو ال الضارة أو السموم ، وهذه الفضلات أو السموم عندما تزيد نسبته

الدم وخاصة فى السائل الدماغى الشوكى تؤثر على المراكز العصبية فيشعر الإنسان بالتعب والخمول ويحدث النوم ، وأثناء النوم يتخلص الجسم تدريجياً من هذه النواتج الضارة عن طريق إنحلالها وتأكسدها فيستعيد الجهاز العصبى نشاطه ويستيقظ الإنسان من النوم ، ومن أبرز أنصار هذه النظرية العالمان الفرنسيان هنرى بيرون Pieron وليجندر Legender واقترنت هذه النظرية باسمهما وأيداها بعددٍ من التجارب المعملية .

ومن هذه التجارب على سبيل المثال أنهما كانا يمنعان عدداً من الكلاب من النوم لفترة طويلة تصل إلى عشرة أيام متتالية حتى تشرق على الإجهاد والإعياء ، وعند ذلك يأخذون مصل دمائها ويحقنونه فى أوردة كلاب أخرى نامت نوماً جيداً وفى حالة يقظة تامة فوجدوا أن تلك الكلاب استسلمت للنمو فوراً عقب عملية الحقن مباشرة ، ونتيجة لذلك قرر العالمان الفرنسيان أن النوم يحدث بفعل توكسينات الدم أو التوكسينات المخدرة التى تتجمع فى الدم وفى السائل الدماغى الشوكى وتؤدى إلى النوم ، وهكذا يمكن القول بأن النوم وظيفة حيوية تحمى الجسم من التسمم وتهيئة لاستعادة نشاطه وحيويته .

ويؤخذ على هذه النظرية أنها لا تفسر حدوث النوم المفاجئ ، وكذلك اليقظة المفاجئة ، كما أنها لا تنسجم مع ما نشاهده فى الحياة اليومية المعتادة عندما يكتفى شخص ما بحالة نوم خفيف سريع لا يتجاوز بضع دقائق يغفو فيها ثم ينهض نشطاً منتعشاً ليستأنف عمله اليومى المعتاد فمتى حدث التسمم

ومتى زال ؟ ، كما أن هذه النظرية لا تفسر أيضاً لماذا لا ينام الأفراد الذين لا يبذلون مجهوداً بدنياً شاقاً مدة أقل من الأفراد الذين يبذلون مجهوداً عقلياً أو جسمياً شاقاً ؟ ، فالمفروض حسب هذه النظرية أن من يتعب أكثر تزداد تلك السموم فى جسمه وبالتالى يجب أن ينام فترة أطول من أولئك الذين لا تتكون فى أجسامهم تلك السموم بتلك الكمية نظراً لأنهم فى حالة راحة أكثر .

وهكذا يمكن القول بأن هذه النظرية توضح أسباباً تهيئ الفرد للنوم ، ولكنها لا تفسر النوم ذاته ولا توضح طبيعته .

واستكمالاً لجهود بيرون وليجندر Pieron & Legender اتجه العالم الفسيولوجى جون بابنهيمر Papienheimer ومساعديه إلى عزل تلك السموم التى تحدثا عنها فاتخذ الماعز وسيلة للتجريب ؛ حيث منعوها من النوم لمدة يومين ومن السائل الدماغى الشوكى لها أخذوا – كما فعل بيرون وليجندر بالكلاب – مقادير صغيرة ثم حقنوا هذه المقادير فى أوردة الأرانب والفئران فنامت على الفور ، وعندما أعيدت التجربة باستخدام السائل المخى الشوكى لماعز نامت نوماً جيداً فور استيقاظها لم تكن لتلك المقادير أى تأثير على الأرانب والفئران ، واستخلصوا من تلك التجارب أن السائل المخى الشوكى يحتوى على مادة تؤدى إلى النوم أطلقوا عليها اسم عامل النوم Sleep Factor والذى يرمز له بالرمز (S) .

ومع مطلع عام ١٩٨٢ تمكن العلماء من جمع هذه المادة من بول الإنسان وتحليلها وتحديد تركيبها الكيميائى وأطلقوا عليها اسم مادة النوم الطبيعية ، وتتكون هذه المادة من أربعة أحماض هى : الجولتامين Gultamin ، والألنين Alanine ، والداى أمينوبيملك Diaminopimelic ،

والميورامك Muramic وعندما جربوا حقن مادة النوم الطبيعية هذه فى الأرانب وجدوا أنها تضاعف مدة النوم التى تحتاجها الأرانب لضعفين إلا ربعاً .

٣- نظرية مركز النوم Sleep Center Theory

يرى أصحاب هذه النظرية أن النوم عملية فسيولوجية لا تقل أهمية بأى حال من الأحوال عن العمليات الفسيولوجية الأخرى المهمة فى حياة الإنسان مثل التنفس ، وضربات القلب ، والإحساس بالعطش أو الجوع ...الخ ومن المعروف أن كل عملية من هذه العمليات لها مراكز موجودة فى المخ ، ونفس الكلام ينطبق على وجود مركز للنوم فى المخ يكون مسئولاً عن حدوثه ويتحكم فيه ، ومما يؤكد ذلك أن عالم الفسيولوجيا النمساوى إكونومو Economo لاحظ أن المرضى الذين يموتون نتيجة الإصابة بالتهاب المخ كان يظهرون قبل وفاتهم اضطرابات شديدة فى النوم ، وعندما تم تشريح جثثهم وجد حدوث تغير مرضى فى جزء المخ القريب من قاعدته ، وافترض وجود مركز فى تلك المنطقة أدت إصابته إلى حدوث الاضطرابات الشديدة فى النوم التى شوهدت قبل الوفاة ، وأيد ذلك عالم الفسيولوجيا السويسرى هيس Hess حيث توصل إلى أن إتلاف هذه المنطقة يؤدى إلى حدوث النوم .

٤- نظرية الكف والإثارة لبافلوف :

اعترض عالم الفسيولوجيا الروسى بافلوف على النظرية السابقة وأنكر وجود مركز النوم وفسر الظواهر والتجارب التى لاحظها إكونومو Economo وهيس Hess تفسيراً آخر ؛ حيث يرى أن حالة النوم المرضى الطويلة الأمد التى تعترى المصابين بالتهاب المخ لا ترجع إلى وجود مركز

الفصل السادس

علاج اضطرابات النوم

علاج اضطرابات النوم

الهدف من علاج اضطرابات النوم هو مساعدة الأفراد على أن يستعيدوا فوائد النوم الطبيعى ، وفيما يلى وصف لبعض العلاجات المتخصصة التى قد تصلح لبعض الاضطرابات دون الأخرى .

أولاً : العلاج العضوى :

هذا العلاج ينصح به الأطباء فى الحالات التى يوجد فيها سبب عضوى يقف خلف اضطرابات النوم ، أو فى الحالات التى يكون فيها اضطراب النوم ثانوياً لاضطراب جسمى أو نفسى أو عقلى ؛ حيث يتم التركيز على علاج السبب الأصلى ومن ثم تختفى مشكلات النوم كما هو الحال عند علاج بعض الأمراض الجسمية كالآلام الروماتيزمية ، أو آلام الجهاز الدورى (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٧٣) .

كما أنه يجب علاج الاضطرابات العضوية أو الفسيولوجية التى تؤدى إلى اضطرابات النوم مثل الإمساك أو الإصابة بالديدان ، أو التهاب اللوزتين ، أو اضطرابات التنفس ، أو ارتفاع درجة الحرارة ، أو علاج حالة انخفاض مستوى السكر فى الدم بإعطاء المريض وجبة إضافية من الكبروهيدرات قبل النوم مباشرة (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠١ ، ١٣٩) .

ثانياً : العلاج الطبى Medical Treatment

العلاج الطبى هو أكثر العلاجات شيوعاً وانتشاراً للأرق ، ولقد قدر الباحثون أنه خلال أى سن معينة من العينة السكانية العامة يستخدم ٢,٧ % من الذكور ، ٥,٥ % من الإناث أدوية يصفها لهم الأطباء لمساعدتهم فى

التغلب على المشكلات المتعلقة بالنوم ، وأن ٣ % من الذكور والإناث يستخدمون أدوية يشترونها مباشرة من الصيدليات بدون تذاكر طبية أو روشتات (ميلنجر وآخرون Mellinger et al. ، ١٩٨٥ ، ٢٢٧) .

وعادة يكتب الأطباء للأفراد الذين يشتكون من الأرق تذكرة طبية تحتوى على الأدوية المتعددة للبينزوديازبينات Benzodiazepines (المهدئات والمنومات) التى تتضمن أدوية ذات مفعول قصير مثل التريازولام Triazolam (هالكيون Halcion) وأدوية ذات مفعول طويل مثل الفلورازيبام *Flurazepam* (دالمان Dalmane) وعادة يفضل الأطباء الأدوية قصيرة المفعول لأن العقاقير طويلة المفعول يستمر تأثيرها لفترة طويلة أثناء النهار (جيلين Gillin ، ١٩٩٣ ، ٣٧٦) ، وينتشر تعاطى الأدوية قصيرة المفعول والأدوية طويلة المفعول بدرجة كبيرة لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً (ميندل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٦١) .

كما أن الفلورازيبام Flurazepam يقوم الأطباء بوصفه باستمرار ؛ لأن تأثيره يدوم على مدى شهر كامل من استخدامه المستمر ، إلى جانب أنه لا يؤدى إلى عودة الأرق عند إيقافه ، ومع ذلك فإن الفلورازيبام مثله مثل أى منوم آخر يؤدى إلى إزعاج نوم حركة العين السريعة (هايورى Hauri ، ١٩٩٧ ، ١١١٣) .

كما أن أدوية الأرق بصفة عامة تُطرد من الجسم ببطء شديد مما يجعل الأفراد الذين يتعاطونها فى حالة نعاس شبه دائم مع شعورهم بضعف الأداء فى بعض المهام مثل قيادة السيارات إلى جانب الاضطراب الإدراكى ، وآلام

العضلات والتنميل والعرق الغزير والصداع ، ولهذه الأسباب جميعها تصبح بدائل العلاجات الدوائية الآمنة مرغوبة بشكل أكبر (صفوت فرج ، ٢٠٠٠ ، ٧٠٥ – ٧٠٦) .

ومما يجب الإشارة إليه أنه يجب أن يتوقف المفحوصون عن تناول الأدوية المنومة قبل بدء برامج العلاجات السلوكية تفادياً للآثار التى يحدثها انسحاب هذه الأدوية على العلاج ودائماً ما ينصح المعالجون النفسيون بإنهاء مرحلة انسحاب هذه الأدوية قبل بدء العلاج النفسى .

ويرى هارفى Harvey (٢٠٠٠ ، ٥٤) أنه من عيوب العلاج بالأدوية ما يلى :

- أن أدوية البينزوديازبينات يمكن أن تسبب الافراط فىالنوم .
- أنه من السهل الاعتماد بسهولة على تعاطى هذه الأدوية ، ومن ثم تتكون لدى الأفراد عادة إساءة الاستخدام سواء عن عمد أو قصد أو لا .
- أن هذه الأدوية مخصصة للعلاج قصير الأجل أو لفترات قصيرة ولا يوصى باستخدامها لمدة أطول من أربعة أسابيع ، فالاستخدام الأطول لهذه الأدوية يمكن أن يسبب الاعتماد عليها ، ويمكن أيضاً أن يسبب الأرق المتكرر الحدوث أو المرتد Rebound Insomnia .

ولمساعدة الأفراد الذين يعانون من الإفراط فى النوم وكذلك الذين يعانون من غفوات النوم المفاجئة يصف الأطباء لهم دواء منبه مثل الميثيل فينيدت Methylphenidate أو الأمفيتامين Amphetamine (هارفى Harvey ، ٢٠٠٢ ، ١٨) .

ويتم علاج الانهيار العضلى أو فقد قوى العضلات باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب وذلك ليس لأن الأفراد الذين يعانون من الانهيار العضلى يكونون مكتئبين ولكن لأن مضادات الاكتئاب تخمد نوم حركة العين السريعة أو النوم الحالم أو نوم جذع المخ إذ أن الانهيار العضلى يرتبط ببداية حدوث نوم حركة العين السريعة ؛ ولهذا فإن الأدوية المضادة للاكتئاب تفيد فى خفض هذه النوبات (هارفى وباين Harvey & Payne ، ٢٠٠٢ ، ٢٧١) .

ويركز علاج اضطراب النوم المرتبط بالتنفس على مساعدة الشخص على التنفس بطريقة أفضل أثناء النوم ، وبالنسبة لبعض الأفراد وخاصة السمان يكون من المفيد جداً إنقاص الوزن لأن الوزن الزائد عن الحد يساعد على حدوث هذا الاضطراب فالأفراد الذين يعانون من السمنة يقوم النسيج الناعم للرقبة بالضغط على ممر الهواء مما يسبب ضيقه ، وبالتالى صعوبة فى عملية التنفس ، ونظراً لأن فقدان الوزن الإرادى نادراً ما يكون ناجحاً على المدى الطويل فإن هذا الأسلوب العلاجى لم يثبت نجاحه (جوليمنالت وديمنت Guilleminault & Dement ، ١٩٨٨ ، ٥٤) .

ومن الأدوية التى تستخدم فى علاج التوقف عن التنفس أثناء النوم أو تحسين علمية التنفس مجموعة العقاقير التى تحفز أو تساعد على تنشيط التنفس مثل ميدروكسى بروجسترون Medroxy progesterone أو مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants التى تؤثر على نوم حركة العين السريعة ، وهذه الأدوية تقلل من ارتخاء العضلات أثناء نوم حركة العين السريعة

ومن ثم تتحسن قدرة الشخص على التنفس (هارفى Harvey ، ٢٠٠١ ، ٧) .

وهناك طرق ميكانيكية تستخدم لتثبيت وضع اللسان أو الفكين أثناء النوم للمساعدة فى تحسين عملية التنفس ولكن هذه الطرق تسبب الضيق وعدم الارتياح لذلك يرفضها معظم الأفراد .

والعديد من المشكلات المتعلقة بالتنفس تحتاج إلى جراحة لإزالة انسداد أجزاء الممرات الهوائية الذى يتمثل فى انحراف الحاجز الأنفى أو استئصال أية زوائد لحمية بالجيوب الأنفية أو استئصال الجزء المتضخم من غضاريف الأنف وذلك باستخدام المنظار الجراحى ، أما فى حالات ترهل سقف الحلق فالعلاج يمكن أن يكون جراحياً أو بالليزر لشد سقف الحلق وتقويمه واستئصال جزء من اللهاة المتدلية من سقف الحلق ، وهذه العمليات تساعد على توسيع مجرى الهواء كما أن هناك علاجاً باستعمال الليزر كبديل للتدخل الجراحى وذلك لتقليص عضلات سقف الحلق فى حالة ترهلها بهدف توسيع منطقة الحلق والبلعوم لتسمح بدخول الهواء وهى جراحة بسيطة تتطلب البقاء يوماً واحداً بالمستشفى (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩، ٢٥٧) .

أما علاج ذعر أو مخاوف النوم يبدأ عادة بالتوصية بالانتظار ورؤية أو ملاحظة ما إذا كانت هذه المخاوف ستختفى من تلقاء نفسها أم لا ، فإذا استمرت وتكررت لوقت طويل فإنه يوصى باستخدام مضادات الاكتئاب مثل الإميبرامين Imipramine أو البينزوديازبينات

Benzodiazepines (مينـــدل Mindell ، ١٩٩٣ ، ١٥٩) علـــى الرغم من أنه حتى اليوم لا يوجد علاج فعـال ودائـم لعـلاج الـذعر أو المخاوف التى تحدث أثناء النوم .

ويتفق معظم الكلينيكيون علـى أن اسـتخدام الأدويـة فـى عـلاج اضطرابات النوم فى مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة هو المـلاذ الأخيـر الذى يجب التفكير فيه أو وضعه فى الاعتبار ؛ وذلك بعـد اتبـاع الطـرق السلوكية ذات النجاح المحدود (داهل Dahl ، ١٩٩٢ ، ١٧٠) ، فالآثـار الجانبية للأدوية ، والقدرة على عدم تحمل بعضها ، والكف عن اسـتخدامها فى بعض الأحيان ، يجعل من الضرورى المضى قدماً فى محاولات خيارات العلاج الأخرى قبل الاتجاه للعلاج بالأدوية ، وتشـتمل الاسـتثناءات علـى الحالات التى يكون فيها الاضطراب مسبباً لضعف حاد وشـديد أو يفـرض تهديداً مميتاً للطفل على سبيل المثال الانهيار العضلى الحاد أثناء نوبات النوم المفاجئة الذى ربما يؤدى إلى وقوع حوادث .

وفى حالة اسـتخدام العـلاج بالأدويـة مـن الأفضـل اسـتخدامها بالاشتراك مع التدخلات السلوكية ، ومما يجـب التأكيـد عليـه أو تـذكير الوالدين بشأنه هو أن جميع الأدويـة يجـب أن تصـرف تحـت إشـراف طبى دقيق ، وعلاوة على ذلك ينبغى إعطاء أقـل جرعـة لأقصـر فتـرة ممكنة وذلك لتجنب الآثار الجانبية غير المتوقعة التـى ربمـا تضـعف أو تعوق الأداء المدرسى .

وبصفة عامة فإن الغرض من استخدام الأدوية فى علاج اضـطرابات النوم فى الطفولة هو السيطرة أو الحد من الأعراض المرضية الشديدة ، وفى

مثل هذه الحالات الحادة يتم استخدام العلاج السلوكى والعلاج الدوائى معاً ، وبمجرد أن يثبت نجاحهما فى السيطرة على اضطرابات النوم ينبغى خفض الجرعة الدوائية وذلك بعد استشارة الطبيب ثم التوقف تماماً عن استخدام الدواء ، ولقد استخدمت العديد من الأدوية بنجاح فى علاج اضطرابات النوم ، ويجب على الأطباء الذين يكتبون هذه الأدوية فى روشتاتهم لتحسين النوم عند الأطفال والمراهقين أن يكونوا حريصين وفطنين ومتدبرين للعواقب أو التأثيرات الضارة لهذه الأدوية .

ومجموعة البينزوديازبينات Benzodiazepines مثل الديازيبام Diazepam استخدمت فى علاج اضطرابات اليقظة Arousal Disorders وذلك بسبب تأثيراتها الخامدة للمرحلة الثالثة والمرحلة الرابعة لنوم حركة العين السريعة ، كما اتضح أن مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants مثل الإميبرامين Imipramine ، والبروتريبتلين Protriptyline تخمد مرحلة نوم حركة العين السريعة ، لذلك تستخدم فى علاج الانهيار العضلى لدى الأشخاص الذين يعانون من الانهيار العضلى أو الضعف المفاجئ فى العضلات كما أن منبهات الجهاز العصبى المركزى مثل الميثيل فينديت Methylphenidate والبيمولين Pemoline تستخدم فى علاج النوم أثناء النهار (هارفى وآخرون Harvey et al. ، ٢٠٠٢ ، ٢٦٣) .

وتعتمد الجرعة العلاجية على وزن جسم المريض ، ويجب مراقبة ذلك بحزم ، ومما يجب التأكيد عليه جيداً أن استخدام العلاج بالأدوية التى يوصى بها الطبيب يمثل غالباً الملجأ الأخير فى علاج اضطرابات النوم فى الطفولة والمراهقة .

وتوجد مجموعة من الإرشادات العامة بخصوص استخدام أدوية النوم منها ما يلى :

- الحبوب المنومة أدوية ذات مفعول شديد تؤثر على وظائف الجسم عموماً ، والجهاز العصبى خصوصاً ، ويجب عدم اللجوء لاستخدامها إلا فى حالات الضرورة القصوى عندما لا يكون هناك اختيارات أخرى .
- أن تداول واستخدام هذه الأدوية لابد أن يكون تحت إشراف طبى وبالجرعات التى يحددها الطبيب المختص ، ولا يجب أن تؤخذ عشوائياً .
- قصر استعمال هذه الأدوية على الحالات التى تتطلب ذلك ، ووضع قيود على وصفها ، وتكرار صرفها ، واستخدامها لفترة زمنية محددة مع العلم بأن فاعليتها تتناقص كلما طالت فترة استعمالها .
- توخى الحرص والحذر فى استخدام هذه الأدوية وملاحظة ظهور أى آثار جانبية محتملة ، والتوقف عن استخدامها بصورة تدريجية وفى الوقت المناسب تحت الإشراف الطبى (لطفى الشربينى ، ٢٠٠٠ ، ٧٧ – ٧٨) .

ثالثاً : العلاج النفسى Psychological Treatment

نظراً لأن العلاج بالأدوية لا يوصى به عادة تم استخدام طرق أخرى لإعادة الأفراد إلى ما كانوا عليه بالنسبة لإيقاعات نومهم .

وأحد المبادئ العامة لعلاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة هو تحريك وقت النوم إلى مرحلة متأخرة ، وهذا التأخير يكون أسهل من تحريك وقت النوم إلى الأمام ، وبمعنى آخر من السهل أن يسهر الفرد لعدة ساعات عن

المعتاد على أن يجبر نفسه على الذهاب إلى النوم فى وقت مبكر يقدر بعدة ساعات ، فوضع جدول لهذه التغييرات فى اتجاه عقارب الساعة (جدول يبدأ من النهار إلى المساء) يساعد الأفراد على التكيف بطريقة أفضل فيستطيع الأفراد أن يعيدوا التكيف إلى أنماط نومهم ، وذلك بذهابهم إلى الفراش فى وقت متأخر كل ليلة حتى يحين وقت النوم فى الساعة المرغوب فيها (سيشلر وآخرون Czeisler et al. ، ١٩٨٦ ، ٦٦٨) ، ويؤخذ على هذه الطريقة أنها تتطلب من الفرد أن ينام فى أثناء النهار لعدة أيام متتالية وهذا الإجراء يكون صعباً بالنسبة للأفراد الذين لديهم مسئوليات ترتبط بجداول زمنية صباحية بطريقة منتظمة .

وهناك طريقة أخرى تتضمن استخدام ضوءاً لامعاً يسلط على جذع المخ لكى يعيد ضبط أو تعديل الساعة البيولوجية ، وهذا الضوء اللامع يساعد الأفراد الذين يعانون من اضطراب مواعيد النوم واليقظة لكى يعيدوا ضبط أنماط نومهم ، وفى هذه الطريقة يجلس الفرد بطريقة نمطية أمام صف من المصابيح الفلوريسنت التى تولد ضوء يعادل ١٠ أضعاف الضوء العادى فى المنزل والتعرض لهذا الضوء لعدة ساعات يساعد على ضبط مواعيد النوم واليقظة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم (سيشلر وآلان Czeisler & Allan ، ١٩٨٩ ، ١١٣) .

علاج الأرق :

الأرق هو أكثر اضطرابات النوم شيوعاً ، ويزيد مع التقدم فى السن ، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن حوالى ٤٠ % من الإناث ، ٣٠ % من الذكور يعانون من الأرق ، كما أظهرت نتائج إحدى الدراسات أيضاً أن حوالى ٢٠ % من الأفراد الذين يعانون من

الأرق لديهم صعوبة فى المحافظة على النوم أو مواصلته ، وأظهرت نتائج مسح قامت به إحدى الجامعات الأمريكية أن الأرق يؤثر فيما يقرب من ١٠ % - ١٧ % من البالغين فى العينة السكانية العامة .

ويعتبر الأرق شكوى عامة أو شائعة لها العديد من المضاعفات الطبية والنفسية ففى بعض الحالات يكون الأرق عَرَض لحالة أخرى تتعلق بالناحية الطبية أو البيئية أو النفسية ، وفى هذه الحالة فإن علاج الأرق أو التخلص منه يعتمد على التشخيص الدقيق ومعرفة الأسباب التى أدت إليه ، وفى حالات أخرى يكون الأرق اضطراب أساسى يحتاج إلى العلاج مباشرة ، ويؤدى الأرق إلى العديد من الاضطرابات النفسية التى تتمثل فى القلق والاكتئاب والشكوى من الآلام الجسدية المتعددة ، كما يتسبب الأرق فى انتشار العديد من حوادث قيادة السيارات ، وهكذا يتضح أن الأرق يتدخل فى أنشطة الحياة المختلفة ويؤثر عليها .

والأرق المعتدل يمكن الشفاء منه عن طريق اتباع عادات جيدة للنوم ، أما الأرق المزمن أو طويل الأمد يتضمن علاج أية حالات ظاهرة أو مشكلات صحية تكون مسببة له ، ويفيد العلاج السلوكى والعلاج بالأدوية فى هذا الصدد ، وتركز الطرق السلوكية فى العلاج على تغيير السلوكيات أو أوجه السلوك التى تزيد الأرق سوءاً ، كما تركز على تعلم سلوكيات جديدة للتخلص من الأرق ، وربما لا يحتاج الأرق العابر أو المؤقت Transient أوالأرق المتقطع Intermittent أو الذى يحدث من آن لآخر إلى علاج ؛ حيث إن فترة حدوث أى منهما تستغرق بضعة أيام فقط ، فمثلاً إذا كان الأرق يرجع إلى تغير

مؤقت فى جدول مواعيد النوم واليقظة كما فى حالة التعب أو الإجهاد بعد رحلة طيران طويلة فإن الساعة البيولوجية للشخص ستعود غالباً إلى حالتها الطبيعية من تلقاء نفسها ، أما بالنسبة لبعض الأفراد الذين يمرون بتجربة النعاس أثناء النهار وضعف فى الأداء نتيجة للأرق المؤقت أو العابر فإن استخدام الأقراص المنومة القصيرة المفعول قد تحسن من عملية النوم أو الانتباه فى اليوم التالى لتعاطيها على الرغم من وجود آثار جانبية محتملة نتيجة لهذا التعاطى ، ويجب عدم تناول أية أدوية بدون استشارة الطبيب وكذلك شراء أية أدوية بدون تذكرة طبية ، ومما يجب التأكيد عليه أنه لا داعى لأن تشعر بالحرج من طلب المساعدة الذاتية بشأن اضطرابك أو معاناتك من الأرق ، فالأرق ليس مسألة تافهة إذ يمكن أن يسبب الضعف أو الوهن فإذا تمكن الأرق من الفرد من الصعب أن يفارقه .

ويتضمن علاج الأرق المزمن ما يلى :

- تشخيص وعلاج المشكلات الطبية والنفسية التى يعانى منها الفرد .
- التعرف على أو تحديد أوجه السلوك التى تساعد على حدوث الأرق والتوقف عنها أو تقليلها .
- اتباع التكنيكات أو الأساليب السلوكية لتحسين النوم مثل العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy ، وعلاج تحديد النوم Sleep Restriction Therapy ، وإعادة الاشتراط Reconditioning ، وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يحسن النوم لدى الأفراد الذين يعانون من الأرق .
- من الممكن استخدام الأقراص المنومة على الرغم من أن تناول

هذه الأقراص يدور حوله الكثير من الجدل والنقاش ؛ لذلك يجب أن يكون تعاطى هذه الأقراص تحت إشراف طبى وعلى وجه العموم يتم وصف هذه الأقراص بأقل جرعة ممكنة ولأقصر مدة مطلوبة لتخفيف الأعراض المرضية المتعلقة بالنوم ، كما يجب تخفيض الجرعة تدريجياً فى حالة عدم الاستمرار فى تعاطى الدواء لأن التوقف المفاجئ يؤدى إلى حدوث الأرق من جديد وبصورة أشد .

العلاج الدوائى للأرق :

١- الأدوية التى يمكن صرفها بدون تذكرة طبية أو روشتة من الطبيب :

أوضحت نتائج دراسة جونسون وآخرون Johnson et al. (١٩٩٨ ، ١٨٢) أن ما يقرب من ١٠ % من الشباب يستخدمون الأدوية التى تصرف بدون تذاكر طبية ، وأن ١٣ % يستخدمون المشروبات الكحولية وذلك بهدف تحسين نومهم ، والعامل أو المادة الفعالة فى الكثير من الأدوية التى تباع فى الصيدليات بدون تذاكر طبية مثل سليب إيزى Sleep-Eze ، والسومينكس Sominex ، والنيتول Nytol عبارة عن مهدئات أو مسكنات ، وعلى الرغم من أن هذه الأدوية تعتبر آمنة بصفة عامة إلا أن لها آثار جانبية مثل احتباس البول ، وجفاف الفم أو الحلق ، والإمساك ، والدوار أو الدوخة ، كما أن معظم هذه الأدوية يكون لها تأثير ضئيل جداً فى إحداث النوم وربما تقلل جودته (كوفير ورينولدز Kupfer & Reynolds ، ١٩٩٧ ، ٣٣٨) ؛ لذلك ينبغى على الأفراد الذين يعانون من الأرق تجنب استخدام هذه الأدوية .

الميلاتونين :

عبارة عن هرمون تفرزه الغدة الصنوبرية Pineal Gland وتعاطى هذا الهرمون فى جرعات دوائية يساعد على حدوث النوم ، ويرى ميندلسون Mendelson (١٩٩٧ ، ٦١٧) أنه على الرغم من أن تأثير الميلاتونين يظل موضع جدل ونقاش إلا أنه استحوذ على الانتباه والاهتمام فى علاج الأرق الذى يحدث نتيجة اضطراب مواعيد النوم واليقظة مثل التعب والإرهاق بعد رحلة سفر طويلة بالطيران أو تغيير وردية العمل ففى هذه الظروف يفيد الميلاتونين فى تنظيم جدول النوم واليقظة بسرعة وبدون حدوث أية آثار جانبية ، بينما يرى زادانوفا وآخرون Zhadanova et al. (١٩٩٧ ، ٩٠٠) أنه على الرغم من أن الميلاتونين يفرز فى الجسم بصورة طبيعية إلا أن تناوله فى جرعات دوائية له آثار جانبية غير مرغوب فيها مثل التعب أو الإجهاد أثناء النهار ، والصداع ، والدوخة ، وسرعة الغضب ، وهذا يعنى أن استخدام الميلاتونين للتكيف أو المواءمة القصيرة الأمد الناتجة عن التعب أو العناء من جراء السفر الطويل بالطائرة أو التغيرات المتعلقة بورديات العمل يعتبر معقولاً أو مناسباً جداً ، ويرى شامير وآخرون Shamir et al. (٢٠٠٠ ، ٣٧٤) أن الميلاتونين يفيد فى خفض أو تقليل الوقت اللازم للدخول فى النوم ، وزيادة ساعات النوم ، كما أنه يحسن اليقظة والانتباه أثناء النهار ، ويستخدم بجرعات تتراوح من ١ - ٣ مليجرام ، كما أنه استخدم بجرعات أقل من ذلك وأعطى نتائج جيدة .

ب- الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب :

تعتبر البينزوديازيبينات Benzodiazepines من أكثر الأدوية شيوعاً واستخداماً ؛ حيث يصفها الأطباء لمرضاهم الذين يعانون من الأرق ، ولقد

أظهرت كفاءة فى العلاج القصير الأمد (نويل وآخـرون Nowell et al. ، ١٩٩٧ ، ١٧٣) ، وتتمثل الآثار الجانبية لهذه الأدوية فى إدمانها أو الاعتماد عليها ، وضعف القدرة الإدراكية ، والأدوية الممتدة المفعول مثل فلورازيبام Flurazepam ، وكوازيبام Quazepam من المحتمل أن تسبب الأرق المرتد كما أنهما يسببا النوم أثناء النهار ، بينما الأدويـة قصـيرة المفعـول مثـل تريازولام Triazolam وتيمازيبام Temazepam وزولبيدم Zolpidem يزول تأثيرها فى الصباح ، وبالتالى لا يكون لها آثار جانبية خلال النهار ، وفـى الآونة الأخيرة تم سحب تريازولام من الصيدليات وذلـك بسـبب مشـاكله المتعددة التى تتمثل فـى الاعتمـاد أو الإدمـان وردود الأفعـال الذهانيـة Transient Psychotic Reactions ، وفقدان الذاكـرة بالنسبة للأحـداث القريبـة Amnesia Anterograde ، والأرق المرتـد (كـوفر ورينولـدز Kupfer & Reynolds ، ١٩٩٧ ، ٣٣٧) ، والمـدة التقليديـة لاسـتخدام الأدوية المنومة فى علاج الأرق يجب ألا تتعدى أربعة أسابيع ، والاستخدام الطويل الأمد يزيد من احتمال التعود عليها ويؤدى إلى ظهـور أعـراض مرضية خطيرة إذا تم إيقافها ، والخوف من استخدام البينزوديازبينـات أدى إلى انخفاض بنسبة ٣٠ % تقريباً فى التوجه بالعلاج بها من قبـل الأطبـاء وذلك فى المدة من عـام ١٩٨٧ إلى عـام ١٩٩١ (والـش وإنجيلهـردت Walsh & Engelhardt ، ١٩٩٢ ، ١٥) ، ومجموعة الأدوية التى يمكـن تقديمها كبدائل فى علاج الأرق هى مضادات الاكتئاب الثلاثيـة Tricyclic Antidepressants مثل أميتـريبتيلين Amitriptyline (إلافيـل Elavil) والدكسوبين Doxepin (سينيكيوان Sinequan) وهذه الأدوية تساعد علـى النوم حتى لو تم أخذ جرعات منخفضة منها لأنهـا تعتبـر عـلاج فرعـى للاكتئاب ولا يوصى باستخدامها لدى كبار السن لأنها تـؤثر علـى القلـب

والأوعية الدموية ، وتزيد من التدهور الصحى ، كما أن تعاطيها بجرعات عالية يؤدى إلى الوفاة ، ويوصى باستخدام ترازودون Trazodone (ديزريل Desyrel) كبديلاً أكثر أماناً على الرغم من أثاره الجانبية التى تتمثل فى الانتصاب الدائم للقضيب (إدى وويلبروهيل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ ، ١٩١٥) ، والجدول التالى يوضح بعض الأدوية الشائعة الاستخدام فى علاج الأرق ، والجرعات التى يجب تناولها من هذه الأدوية .

الدواء	الاسم التجارى	الجرعة الدوائية
فلورازيبام Flurazepam	دالمان Dalmane	١٥ - ٣٠ مليجرام
أوكسازيبام Oxazepam	سيراكس Serax	١٠ - ١٥ مليجرام
تيمازيبام Temazepam	ريستوريل Restoril	٧,٥ - ٣٠ مليجرام
كوازيبام Quazepam	دورال Doral	٧,٥ - ١٥ مليجرام
إيستازولام Estazolam	بروسوم Prosom	١ - ٢ مليجرام
ترايازولام Triazolam	هاليكون Halcion	٠,١٢٥ - ٠,٥ مليجرام
زولبيدم Zolpidem	أمبين Ambien	٥ - ١٠ مليجرام

(المصدر : إدى وويلبروهيل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩)

وتجدر الإشارة إلى أن الاستخدام القصير الأجل الموصى به لاستخدام العقاقير المنومة لعلاج الأرق هو أربعة أسابيع ، والاستخدام الطويل الأجل لها يزيد من احتمالية التعود عليها ، وحدوث أعراض مرضية مزعجة تعقد من علاج الأرق ، فالعلاج الطويل الأمد له آثار جانبية خطيرة فغالباً ما يؤدى إلى الانتكاس أو عودة الأرق من جديد بمجرد إيقافه .

العلاج النفسى للأرق :

تكون الإدارة السلوكية غالباً هى الخطوة الأولى فى علاج الاضطرابات المتعلقة بالنوم وخاصة الأرق لدى الأطفال والمراهقين ويجب أن تركز التدخلات الأولية على القواعد الصحية للنوم ، وينبغى تشجيع الوالدين لمساعدة الطفل على إيجاد روتين وقت النوم وكذلك البيئة المناسبة للنوم ، ووضع حدود واضحة وبسيطة فيما يتعلق بوقت النوم أو وقت الذهاب إلى الفراش ، ويجب عدم تناول الطعام والشراب وخاصة السوائل التى تحتوى على الكافيين مثل الكولا والشاى والقهوة والكاكاو قبل وقت النوم ، كما أنه ينبغى أيضاً تجنب ذهاب الطفل إلى الفراش وهو جائع ، مع الوضع فى الاعتبار أن أى أدوية يتناولها الطفل قد تسبب له الأرق على سبيل المثال أدوية الكحة التى تحتوى على الكافيين ، والكحول ، ومضادات الهستامين Antihistamine ، وينبغى على الوالدين قراءة نشرات الأدوية جيداً وذلك لمعرفة المواد المضافة والمنبهات الأخرى كما يجب تحديد الطقوس أو العادات التى تتعلق بوقت النوم مثل غسل الأسنان بالفرشاة ، واستخدام الحمام ، والاستحمام بالماء الدافئ الذى يكون فى بعض الأحيان مثيراً منشطاً إذا تم قبل وقت النوم مباشرة ويكون أقل تأثيراً إذا تم القيام به قبل وقت النوم بمدة مناسبة .

كما أن رواية القصص أو الحكايات قبل النوم ، وهز الطفل فى الفراش والغناء له ، واستخدام بطانية خاصة ربما يساعد على الانتقال بسهولة ويسر إلى النوم ، وعندما يشعر الآباء أن الطفل بدأ يدخل فى النوم يجب ترك الطفل لكى يغلبه النعاس بدون أى تصرف يسبب القلق له ، كما

ينبغى أن تكون حجرة النوم خافتة الإضاءة وتكون درجة حرارتها مناسبة ، وأن يكون ميعاد الاستيقاظ من النوم فى الصباح مناسباً ، كما يجب على الوالدين تحديد مدة نوم القيلولة والوقت الذى تحدث فيه لأن نوم القيلولة إذا حدث فى فترة متأخرة بعد الظهر أو فى المساء يؤدى إلى اليقظة الزائدة عن الحد ليلاً .

وبرامج تعديل السلوك يمكن أن تكون مؤثرة وفعالة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من مجموعة متنوعة من اضطرابات النوم (ديوراند ومينـدل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ؛ بيازا وفيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١أ ، ١٣١ – ١٣٢) ، وينبغى تحديد السلوكيات المستهدفة والأشياء المصاحبة التى تحافظ على استمرار هذه السلوكيات كالأرق ، والكوابيس ، كما أن استجابة الوالدين لاضطرابات النوم ينبغى أن يتم تقييمها وتعديلها حتى يستطيع الوالدين توفير الراحة لطفلهم بدون تقوية أو تعزيز الاضطراب فانطفاء السلوك أو محوه يتطلب من الوالدين أن يؤخرا الذهاب إلى حجرة الطفل الذى استيقظ (ديوراند ومينـدل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٤٠) ، وإذا صرخ الطفل أو استيقظ بسبب الأرق المرتبط بالمخاوف من الكوابيس فإنه يجب على الوالدين أن ينتظرا دقائق قليلة قبل الذهاب لتهدئته فبعض الآباء يعتادون على الجلوس فى حجرة الطفل حتى ينام ، وما يجب التأكيد عليه أن وجود أحد الوالدين أو كليهما بجوار الطفل حتى يغلبه النعاس يمكن أن يكون معززاً أو مشجعاً وربما يؤدى إلى استمرار هذا السلوك (ريتشمان وآخرون Richman et al. ، ١٩٨٥ ، ٥٨٦) ، ويمكن للوالدين إبعاد أنفسهم بتحريك كرسيهم على مكان أقرب من الباب كل ليلة إلى أن يستطيع الطفل النوم من تلقاء نفسه أو

بمفرده (فيربر Ferber ، ١٩٨٥ أ ، ٢٩) .

ويمكن للفرد أن يفعل الكثير بخصوص الأرق فالخبر السار الذى يتعلق بالأرق هو أن الفرد يمكن أن يشفى نفسه من الأرق بطريقته الخاصة وفى أى وقت يريده ، وما عليه إلا أن يكون مستعداً للمبادرة بعمل بعض التغييرات فى أسلوب حياته لكى يستطيع أن ينام بدرجة أفضل ، ومن هذه التغيرات ما يلى :

- **تغيير البيئة المحيطة أو الوسط الذى يعيش فيه الفرد :**

يحتاج الفرد إلى فراش مريح فى غرفة هادئة ودافئة ومظلمة إلى حد كاف لكى ينام ، ولسوء الحظ لا يمكن توفير ذلك غالباً فربما يحيط بالفرد جيران مزعجين أو يقطن فى غرفة باردة أو يشاركه فى الغرفة شخص آخر يشخر أثناء نومه ، أو يكون الأثاث الذى ينام عليه رديئاً ويحتاج إلى التحسين ، ولكن مع ذلك هناك بعض الأشياء التى يمكن للفرد القيام بها وسوف تساعده كثيراً منها :

بالنسبة للسرير : ضع لوحاً خشبياً تحت المرتبة إذا كانت مرتخية أو حاول أن تضع السرير فى مكان مختلف ، وتأكد من أن فراش سريرك نظيفاً ، وأنك تشعر بالدفء بدرجة كافية .

بالنسبة للضوء : إذا كان الضوء يضايقك استخدم ستائر كثيفة أو سميكة أو ضع قناع نوم فوق عينيك ، وإذا شعرت براحة أكبر مع الضوء الخفيف اترك الستائر مفتوحة قليلاً أو استخدم مصباح ليلى ضعيف أو ذو ضوء خافت .

بالنسبة للضوضاء : الضوضاء سبباً شائعاً أو واسع الانتشار لقلة النوم أو الأرق ، وإذا لم تستطع عمل أى شئ حيال الضوضاء استخدم سدادات للأذن أو حاول أن تغير اتجاهك نحوها ، ويستطيع معظم الأفراد النوم فى مستويات عالية من الضوضاء ، فشعور الفرد تجاه الضوضاء هو الذى يجعله مستيقظاً ، ويمكنك صرف ذهنك عن الضوضاء بعمل تمرينات للاسترخاء لتهدئة النفس ، كما أن استخدام الدبلوماسية مثل التحدث مع الجيران المزعجين يساعد الفرد كثيراً فى التغلب على الضوضاء .

- **تغيير أسلوب الحياة :**

إذا كان لديك صعوبة فى النوم وكنت جاداً حيال هذه المشكلة فعليك أن تغير بعض الجوانب التى تتعلق بأسلوبك فى الحياة ، ففى البداية ستحتاج إلى أن تقلع تماماً أو تقلل من استخدامك لجميع المنبهات التى تشتمل على الشاى والقهوة والخمور والنيكوتين والكولا ، وكذلك الإقلاع عن أقراص التخسيس أو الأدوية المسببة لفقدان الشهية ، وهناك العديد من المقترحات الأخرى التى تتمثل فى :

- قم بأداء التمرينات الرياضية بانتظام .
- اذهب إلى الفراش حينما تشعر بأنك متعباً وتشعر حقيقة بالنعاس .
- إذا لم تستطع النوم انهض وعد ثانية إلى الفراش عندما تشعر بأن لديك رغبة فى النوم من جديد .
- اتبع روتين يسمح لك بالنوم من ٧ – ٨ ساعات على الرغم من أن الاحتياجات الفردية تختلف من شخص إلى آخر .
- حاول أن تستيقظ فى ميعاد ثابت كل يوم .

- إذا كنت من الأفراد الذين يأوون إلى فراشهم فى وقت متأخر من النوم ، اجبر نفسك على الاستيقاظ فى وقت مبكر حتى تتعود على ذلك وبالتالى تستطيع تنظيم وقت النوم ووقت الاستيقاظ .
- قم بالاسترخاء عقلياً وبدنياً لمدة ساعة قبل وقت النوم .
- قم بأخذ حمام دافئ أو أداء بعض تمرينات اليوجا أو قم بتمشية بسيطة قبل الخلود إلى النوم بساعة تقريباً .
- قم بعمل قائمة بالأشياء التى تشغل ذهنك أو بالك وحاول نسيانها وعدم التفكير فيها .
- استبدل الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية على سبيل المثال التأكيد أو الإصرار على أنك تستطيع أن تنام وأن تعود إلى النوم مرة أخرى عند الاستيقاظ .

وهناك بعض الأشياء التى يجب تجنبها مثل :

- تعاطى المنبهات التى تهدف إلى جعلك مستيقظاً .
- تعاطى المسكنات أو المواد الكحولية لكى تساعدك على النوم .
- عدم النوم أثناء النهار مهما كنت متعباً .
- الذهاب إلى الفراش وأنت متوتر أو مشدود أو غير مستعد للنوم .
- الدخول فى محاورات أو مناقشات وأنت فى الفراش أثناء وقت النوم .
- استخدام الفراش لأنشطة الاستيقاظ مثل العمل ، أو مشاهدة التليفزيون ، أو تناول الطعام ، أو استخدام التليفون .
- الاستلقاء أو الرقاد فى الفراش مستيقظاً لأكثر من نصف ساعة .
- تناول الطعام أو التدخين عندما تستيقظ أثناء الليل .
- القلق أو التفكير فى عدم القدرة على النوم .

ومما يجب التأكيد عليه أن أياً منا ليس بحاجة لأن يقوم بأى من الأنشطة السابقة ، والهدف من تجنبها هو الخروج من دائرة الأرق واتباع روتيناً معيناً لوقت النوم عن طريق تقوية أو تعزيز الارتباط بين الفراش والنوم .

- **الثقة بالنفس Self - Confidence**

أوضحت نتائج العديد من البحوث أن الأفراد الذين يعانون من الأرق يكونون أقل ثقة بأنفسهم ، ويكون تقديرهم لذواتهم متدنياً عن الآخرين ؛ ولذا فإن أى شئ يفعله الفرد لزيادة ثقته بنفسه أو لتحسين تقديره لذاته يساعده على أن ينام بدرجة أفضل .

- **الطعام والشراب :**

هناك بعض الأطعمة والمشروبات التى تؤثر على النوم ، ولاسيما إذا تم تناولها قبل وقت النوم مباشرة ، وخاصة الأغذية الدسمة ، والمشروبات الكحولية ؛ ولذا يجب تجنب تناول هذه الأطعمة والمشروبات قبل وقت النوم ومن ناحية أخرى هناك بعض الأطعمة التى تساعد على النوم ، ومن المفيد اتباع النصائح التالية :

- إذا كان البدء فى النوم يمثل لك مشكلة قم بتناول وجبة غذائية غنية بالمواد الكربوهيدراتية وذلك قبل وقت النوم بساعتين على الأقل .

- إذا كنت تظل نائماً مدة طويلة ولا تستطيع مغادرة الفراش تناول قليلاً من الخبز مع عسل النحل أو تناول سلطانية من الطعام

المكون من الحبوب ؛ وذلك قبل وقت الذهاب إلى النوم بساعة على الأقل .

- تناول مشروباً من اللبن الدافئ أو الشاى المكون من الأعشاب وخاصة البابونج لأنه يهدئ الأعصاب ؛ وذلك قبل وقت الذهاب إلى النوم مباشرة .

- تناول عصير الليمون مع الماء الدافئ المحلى بعسل النحل أو تناول عصير العنب الأحمر الدافئ لأنهما من المشروبات الساخنة التى تساعد على تهدئة الأعصاب .

- **الخمر أو المواد الكحولية :**

يؤثر الخمر على النوم بدرجة أكبر من المواد التى تحتوى على الكافيين ، فتناول الخمر يحفز الجسم على إنتاج الأدرينالين الذى ينبه الجسم ويجعل الفرد ينام نوماً متقطعاً ؛ ولذلك يجب التوقف عن تناول الخمر أو المواد الكحولية حتى لا يؤدى ذلك إلى الأرق .

- **الغضب :**

الغضب وكبح المشاعر يجعل الفرد يشعر بالتوتر والضيق وكلاهما يكون سبباً للأرق أو قلة النوم لذلك يجب :

- التعرف على أسباب الغضب ومحاولة التخلص من هذه الأسباب بقدر المستطاع .
- ممارسة التمرينات الرياضية يساعد الفرد على الاسترخاء والتخلص من المشاعر المكبوتة .

- التحدث مع الآخـــرين والفضفضة لهم يجعل الفرد يشعر بالارتياح .

• **ممارسة الألعاب الذهنية التى تساعد على النوم :**

هناك اتجاهان يتناولان هذا الموضوع ، فأصحاب الاتجاه الأول يرون أن الألعاب الذهنية تساعد على النوم ، بينما أصحاب الاتجاه الثانى يرون أن الألعاب الذهنية تحفز الذهن وتساعد على الاستيقاظ ، وإذا رأيـــت أن هـــذه الألعاب الذهنية ذات نفع أو فائدة فإن هناك بعض الأمثلة التى يجب عليـــك اتباعها مثل :

ألعاب الكلمات Word Games

ومن هذه الألعاب :

- تهجى كلمات طويلة أو جمل بالمقلوب .
- فكر فى قصيدة أو أغنيـــة ثـــم قـــم بعـــد حـــرف أو حـــرفين مـــن الحروف المتشابهة المكونة لهذه القصيدة أو الأغنية .
- استرجع الحروف الأبجدية وفكر فى مجموعـــة مـــن الكلمـــات تبـــدأ كل منها بحرف من هذه الحروف الأبجدية .
- تكرار مقتطفات طويلة من الشعر أو النثر .

ألعاب الخيال Imagination Games

ومن هذه الألعاب :

- استرجع بمزيد مـــن التفصـــيل صـــورة أو لوحـــة زيتيـــة مفضـــلة أو مقطوعة موسيقية أو مكان ما مفضل إلى نفسك .
- تخيل عاصفة تهب بعنف فى الخـــارج بينمـــا أنـــت تشـــعر بالـــدفء والأمان فى مخدعك أو فراشك .

- تصور نفسك وأنت تغوص في فراشك حتى لا يمكنك أو تستطيع أن تعرف أين ينتهى جسدك أو أين يبدأ السرير .
- اجعل ذهنك صافياً تماماً ثم تخيل لوناً جميلاً وامنعه من أن يتخ أى شكل .

التدريب على الاسترخاء Relaxation Training

ينظر معظم الناس إلى الاسترخاء على أنه نشاط الشخص الكسول وهذه نظرة خاطئة أو قاصرة لأن الاسترخاء ضرورى لتجديد النشا والحيوية ، وعملية الاسترخاء لا تستغرق أكثر من ١٠ - ١٥ دقيقة فقط والاسترخاء لا يعنى النوم الخفيف ، ويخلط الكثيرون بين الاثنين ويعتقدو أنه لكى يسترخى الفرد فإنه يكون فى حاجة إلى أن يغفو أو ينام نوما خفيفة ، ولكن الاسترخاء يعنى أن تتيح لنفسك دقائق معدودة لالتقاط الأنفاس والتركيز مع النفس ، والتدريب على الاسترخاء من العلاجات التى يوصى باستخدامها عادة فى علاج الأرق ، ويتضمن العلاج بالاسترخاء مجموعة متنوعة من الطرق والإجراءات مثل الاسترخاء التدريجى أو التتابعى Progressive Relaxation ، والتنفس البطنى أو التنفس عن طريق الحجاب الحاجز Diaphragmatic Breathing ، واليوجا Yoga ، والتأمل ، والتنويم الإيجابى أو المغناطيسى Hypnosis ، ويعتبر إدموند جاكوبسون Edmund Jacopson رائد التدريب على الاسترخاء منذ ظهور كتابه الاسترخاء التتابعى عام ١٩٣٨ ، ويتضمن التدريب التتابعى شد وإرخاء المجموعات العضلية للجسم بطرق متتالية أو متتابعة (بوتزين وريدر Bootzin & Rider ، ١٩٩٧ ، ٣٢٢) .

وهناك طرق كثيرة يستطيع الشخص بها أن يسترخى وما

نجح مع شخص قد لا ينجح مع شخص آخر ومن هذه الطرق :

١- الاستحمام :

كثير من الناس يحبون أن يستحموا لكى يسترخون ويوجد عدد من العطور والزيوت التى تستخدم أثناء الاستحمام للمساعدة على الاسترخاء .

٢- سماع الموسيقى :

كثير من الناس يفضلون سماع الموسيقى الكلاسيكية أو الموسيقى الروك Rock لكى يشعرون بالاسترخاء .

٣- التدليك أو عمل مساج :

التدليك أو عمل مساج Message يساعد الفرد على الشعور بالاسترخاء .

٤- التنفس بعمق :

تكرار التنفس بعمق من وقت إلى آخر عدة مرات يجعل الفرد يشعر بالاسترخاء .

ومما يجب التأكيد عليه أن الاسترخاء لا يجب التخطيط له فعندما يشعر الفرد بأنه سيصبح قلقاً أو متقلب المزاج عليه أن يغتنم أو يختلس دقائق معدودة ، ويحاول الاسترخاء باستخدام إحدى الطرائق السابقة ، فالاسترخاء يساعد على التقليل من القلق والتوتر الجسمى أو إزالتهما ، فاسترخاء العضلات يحدث النوم المريح والهادئ ، وعادة يستغرق ذلك الكثير من الممارسة والتطبيق وذلك بهدف تحقيق الاسترخاء المؤثر أو الفعال .

وأوضحت نتائج العديد من البحوث أن الأفراد الذين يعانون من

صعوبات النوم يكونون أكثر هماً أو قلقاً واكتئاباً من الآخرين الذين لا يعانو
من اضطرابات النوم ، وذلك على الرغم من أن الأفراد البشوشين والهادئ
والواثقين من أنفسهم يمكنهم أيضاً أن يعانوا مـن الأرق ، وإذا كنـت مـ
الأفراد الذين يعانون من الأرق عليك اتباع ما يلى :

- حاول الوصول إلى حل للأشياء التى تسبب لك التوتر والضـيق حينم
تشعر بذلك .
- تقبل المواقف التى لا تستطيع أن تغيرها .
- اجعل ذهنك وجسمك مسترخياً بقدر الإمكان خلال النهار .
- أعط لنفسك وقتاً كافياً للقيام بعمل الأشياء التى تحتاج لأن تفعلها والتـ
تتضمن تناولك للطعام .
- عش فى اللحظة الحاضرة بدلاً من القلق بشأن الماضى أو الخوف مـ
المستقبل .
- تحدث إلى شريكك فى الحياة إذا كانت هناك مشاكل فى علاقتك به .
- مارس العديد من الأنشطة غير التنافسية أى الأنشطة التى تفعلها لمجر
التسلية أو البهجة أو المتعة والمرح .
- مارس الأساليب الفنية للاسترخاء – والتى يتم التحدث عنها فيما بعـد
بانتظام ، فالتدريب على الاسترخاء يؤدى إلى خفـض القلـق المـرتب
بالنوم ، وكذلك يقلل التوتر الجسمى الذى يمنع بعض الأفراد من النـو
أثناء الليل .

وأظهـرت نتائـج العديد مـن الدراسـات فاعليـة التـدريب علـ
الاسـترخاء فى تخفيـف خبرة التوتر ومتعلقاتها الفسيولوجية إذا تم مراعـ
ما يلى :

- أن يطبق على امتداد أكثر من جلسة ، ويتراوح العدد الذى يوصى به بين أربعة إلى عشرة أو أكثر من ذلك بكثير .
- أن يتم الإشراف عليه بواسطة الأخصائى الكلينيكى والأفضل أن يطبق كلية بواسطة المعالج .
- أن يتم تدريب المفحوص على ممارسة الاسترخاء فى البيت .
- أن يتحكم المفحوص بقدر ما فى التدريب .

وفيما يلى مثال لتعليمات الاسترخاء التى يدلى بها المعالج للعملاء : " الآن ارفع ذراعيك للخارج وشد قبضتك ، اشعر بالتوتر فى يديك ، سأقوم بالعدّ إلى ثلاثة ، أريدك أن ترخى ذراعيك .. والآن ضع لسانك على حافة فمك ، اضغط بشدة (لحظة انتظار) استرخ واسمح للسانك بالعودة إلى الوضع المريح فى فمك .. " وتتكرر هذه الدورة من التوتر – الاسترخاء لعدد من المجموعات العضلية على امتداد الجسم إلى أن يطلب من العميل أن يتأكد أن كل عضلة فى جسمه قد استرخت ، أولاً أصابع قدميك ، ورجليك ، وكتفك ، ورقبتك ، وجبهتك ، وعلى الأخصائى الكلينيكى أن يتأكد أن العميل مستمر فى التنفس شهيقاً وزفيراً ببطء (صفوت فرج ، ٢٠٠٠ ، ٧٠٦ – ٧٠٧) .

وبالنسبة لبعض المفحوصين الذين يجدون أن مثل هذا التدريب على التوتر – الاسترخاء غير سار يمكن نصحهم بالتركيز على أسلوب آخر للاسترخاء مثل الذى يركز على الخيالات السارة أو التأمل من خلال التعليمات الذاتية (هيد وبوركوفيك Heide & Borkovec ، ١٩٨٤ ، ٥) .

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات فاعلية أسلوب الاسترخاء التدريجى فى علاج الأرق فقد توصل بوركوفيك وآخرون Borkovec et al. (١٩٧٩ ، ٤٢) إلى أن التدريب على الاسترخاء التدريجى كان فعالاً فى تحسين كمون بداية النوم لدى الأفراد الذين يعانون من الأرق النفس فسيولوجى Psychophysiological Insomnia أو الأرق الذاتى الذى لا يرتبط بمحددات خارجية كالضوضاء أو العقاقير أو المخدرات أو الاكتئاب ، وكذلك توصل فان أوت وآخرون Van Oot et al. (١٩٨٤ ، ٦٩٢) إلى أن الأنواع المختلفة للاسترخاء ذات فاعلية أو تأثير متساوى فى علاج الأرق ، وكانت أكثر النتائج وضوحاً هى التحسن فى الوقت الذى يحتاجه المفحوص للدخول فى النوم ، وكان ذلك واضحاً فى كل من تقارير العملاء أنفسهم ، وقد امتدت هذه التأثيرات لمدة خمسة شهور بعد العلاج (هارفى وآخرون Harvey et al. ، ٢٠٠٢ ، ٢٦٢) .

وهكذا ؛ يتضح أن التدريب على الاسترخاء التدريجى أو التتابعى وممارسته وفقاً للتعليمات الخاصة به يؤدى إلى نتائج جيدة تتمثل فى خفض الفترة اللازمة للدخول فى النوم ، و استجلاب النوم ، وإلى شعورهم بالراحة بعد الاستيقاظ كما أنه يساعد الأفراد على التعامل بفاعلية أكثر مع التوترات أو الضغوط التى يصادفونها أثناء النهار ، فالتدريب على الاسترخاء يكسر الحلقة المفرغة لقلة النوم وذلك من خلال تقليل مشاعر القلق بشأن عدم النوم .

العلاج بالتحكم فى المنبه / المثير Stimulus Control Therapy

تتضمن الفروض الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير لدى الأفراد

الذين يعانون من الأرق الفراش وما يحيط به من مؤثرات ، وأن أية أنشطة لا تتوافق مع النوم وقت الدخول للسرير تُعد مؤشراً لعدم قدرة الفرد على الدخول فى النوم أو بدء النوم ، والهدف الرئيسى لهذا العلاج هو إعادة تأسيس العلاقة بين الفراش والنوم بمعنى ربط الفراش وحجرة النوم بالدخول السريع فى النوم ، ويركز هذا العلاج على أوجه السلوك المتعلقة بالنوم التى تساعد على تنظيم جدول النوم واليقظة .

التعليمات الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير :

مجموعة من التعليمات صممت لمساعدة الفرد الذى يعانى من الأرق على أن يحدد إيقاعاً متسقاً للنوم والاستيقاظ ، وأن يجعل الفراش وحجرة النوم دلالات أو إشارات توحى بالنوم ، وأن يقوم بالعمل على إضعافها كدلالات أو إشارات لممارسة الأنشطة التى يمكن أن تتدخل أو تعوق عملية النوم ، ومن المهم جداً تحديد وقت منتظم للذهاب إلى الفراش .

وهناك مصدر آخر للإثارة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الأرق ، وهو أن غرفة النوم يمكن أن تصبح إشارة إلى القلق والإحباط المرتبطين بمحاولة النوم ، والناس الذين يعانون من الأرق يمكنهم أن يناموا فى أى مكان آخر غير فراشهم فربما يغلبهم النعاس وهم جالسون على كرسى مريح أو على أريكة ، وغالباً ما تصادفهم صعوبة بسيطة عند نومهم وهم بعيدين عن منازلهم أو بيوتهم ، وقد أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن التعليمات أو الإرشادات الخاصة بضبط المثير تشكل واحدة من أكثر العلاجات فاعلية وتأثيراً (لاكس ومورين Lacks & Morin ، ١٩٩٢ ؛ مورن وآخرون Morin et al. ، ١٩٩٤ ؛ مورتاج وجرينوود Murtagh & Greenwood ، ١٩٩٥) .

والقواعد التالية تشكل التعليمات أو الإرشادات الخاصة بضبط المثير

- تجنب استخدام الفراش فى الأنشطة التى لا تتوافق مع النوم مثل سماع الراديو أو مشاهدة التليفزيون أو القراءة أو تناول الطعام ، والنشاط الجنسى هو الاستثناء الوحيد لهذه القاعدة .
- استخدم حجرة النوم للنوم فقط أثناء الليل .
- استلق بقصد أن تنام وذلك عندما تشعر بالرغبة فى النوم فقط .
- أن يكون العمل والأكل ومشاهدة التليفزيون بعيداً عن غرفة النوم .
- تجنب تناول المشروبات المحتوية على الكافيين مثل القهوة والشاى والكولا فى المساء .
- ألا يكون أداء التمرينات الرياضية أو المشى فى المساء قبل وقت النوم بفترة قصيرة .
- عدم الدخول إلى السرير للنوم ما لم تشعر بالرغبة فى النوم .
- إذا لم تتمكن من النوم خلال عشرين دقيقة يتعين عليك ترك السرير والانتقال إلى حجرة أخرى ، ولا تعود إلى السرير مرة أخرى إلا عندما تشعر بالرغبة فى النوم ، وفى هذه الأثناء حاول الاسترخاء بقدر المستطاع .
- إذا وجدت نفسك غير قادر على النوم انهض من الفراش ، واشغل نفسك بأى أنشطة أخرى ، وارجع إلى غرفة نومك لكى تنام فإذا قضيت فى السرير أكثر من عشرين دقيقة دون الخلود إلى النوم ولم تنهض من الفراش فإنك فى هذه الحالة لا تتبع هذه الفقرة من الإرشادات .
- إذا كنت ما تزال غير قادر على النعاس ، كرر الخطوة السابقة وقم بعمل

ذلك عدة مرات كلما اقتضت الضرورة .

- أضبط منهك واستيقظ من فراشك فى نفس الوقت كل صباح بصرف النظر عن كمية النوم التى حصلت عليها خلال الليل ، فهذا سيساعد جسمك على اكتساب الإيقاع النومى المتسق أو المتوافق ، وفى أغلب الأحيان فإن المرضى الذين يعانون من الأرق يتبعوا جدولاً مختلفاً للنوم فى عطلات نهاية الأسبوع أو يناموا لوقت أطول عما يفعلون خلال الأيام الأخرى ، ومن المهم وجود جدول متسق بقدر الإمكان طوال أيام الأسبوع ، ويرى بوتزين وريدر Bootzin & Rider (١٩٩٧ ، ٣٢٠) أن الانحراف أو عدم الالتزام بما لا يزيد عن ساعة واحدة فى وقت الاستيقاظ أيام الأجازات لا يسبب مشكلات فى الإيقاع المتوافق للنوم واليقظة .

- لا تنام أثناء النهار أو تجنب نوم القيلولة ، والهدف من ذلك هو إبعاد الأفراد الذين يعانون من الأرق عن الأنماط التى تسبب لهم الاضطراب فى النوم عن طريق نوم القيلولة غير المنتظم ، ولزيادة احتمالية حدوث نوم أسرع فى الليلة التالية ، ومما يجب الإشارة إليه أن نوم القيلولة الذى يحدث فى نفس الوقت مسموحاً به بشرط ألا يتعدى أربعون دقيقة على الأكثر .

وعلى الرغم من أن التعليمات أو الإرشادات السابقة تبدو أنها بسيطة ومباشرة وصريحة إلا أن درجة الامتثال لها له دور أساسى فى التخلص من الأرق .

ويفيد التحكم فى المنبه أو المثير فى علاج أرق مواصلة النوم ؛ حيث توصل عدد من الباحثين إلى أن التحكم فى المنبه أو المثير يخفض أو يقلل

الاستيقاظ ليلاً أثناء النوم (مورين وأزرين Morin & Azrin ، ١٩٨٨ ، ٧٥٠) .

ولعل هذا يتفق مع ما أوضحه مورين وآخرون Morin et al. (١٩٩٣ ، ١٣٩) من أن تعديل الوقت الذى يقضيه الفرد فى الفراش وعدم الاستماع إلى الراديو ، ومواجهة التوقعات غير الواقعية يساعد الفرد على أن ينام لفترة أطول تصل إلى ٦ - ٧ ساعات فى الليلة مقابل ٤ - ٥ ساعات سابقاً إلى جانب أن الفرد يصحو من النوم منتعشاً وطاقته متجددة ، ومما يؤكد ذلك ما أوضحه بوتزين وريدر Bootzin & Rider (١٩٩٧ ، ٣٢٠) حيث توصلا إلى أن الأفراد الذين تلقوا التعليمات الخاصة بضبط المثير أظهروا تحسناً أكبر فى كمون بداية حدوث النوم .

وعلى الرغم من أن اضطرابات النوم فى مرحلة الطفولة نادراً ما ترتبط بحالة مرضية نفسية حادة فإن التدخلات السيكولوجية تركز على تخفيف القلق ، والاكتئاب ، والخواف المرضى والتقدير المنخفض للذات التى لها علاقة بالضعف أو الوهن الذى يسببه اضطراب النوم على سبيل المثال نوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم (جوليمنالت Guilleminault ، ١٩٨٧ج ، ٢٢٠) .

كما أن معرفة أسباب المرض والسلوكيات التى تتضمنها مثل المخاوف أثناء النوم ، والمشى أثناء النوم ، تساعد الوالدين على أن يفهموا لماذا يحدث الاضطراب ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الطمأنينة وإعادة التأكيد على الوالدين والأطفال بأن مصاعب النوم عادية وشائعة ، وأنه يتم التخلص منها تلقائياً ربما يخفف بعض التوتر

والضيق المرتبط بهذه الاضطرابات ، كما أن جعل حجرة الطفل والأشياء المحيطة بسريره محببة إلى نفسه ، وعمل جدول زمنى لنوم القيلولة خلال النهار لتخفيف النعاس الزائد عن الحد (سواء نوبات أو غفوات النوم المفاجئة ، أو الإفراط فى النوم) يكون ضرورياً لفهم طبيعة اضطرابات النوم ، وفى معظم الحالات فإن العديد من التدخلات السيكولوجية التى تم ذكرها تفيد فى علاج اضطرابات النوم بنجاح فى الطفولة والمراهقة (بيازا وفيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ ، ١٣٤) .

وبعض العلاجات السيكولوجية ربما تكون أكثر فاعلية وتأثيراً من علاجات أخرى ، فالأفراد البالغين مثلاً الذين يعانون من مشكلات النوم يوصى باستخدام التحكم فى المنبه أو المثير معهم ، ومن ثم يتعلمون أن حجرة النوم للنوم فقط أو لممارسة الجنس ، وليس للعمل أو الاسترخاء المستمر أو أداء الأنشطة الأخرى المثيرة أو المولدة للقلق مثل مشاهدة الأخبار فى التليفزيون مثلاً (لاكس ومورين Lacks & Morin ، ١٩٩٢ أ ، ٥٨٨) .

ومن أهم الاعتبارات الخاصة بالعلاج السلوكى للأرق فى مرحلة الطفولة اتباع العادات الصحية فى النوم ، ويتضمن ذلك خفض الاشتراط لسلوكيات عدم النوم المتعلقة أو المرتبطة بفراش الطفل (فيربر Ferber ، ١٩٨٥ أ ، ٤٢) .

ولكى يرتبط الفراش بالاسترخاء والنوم فإن ممارسة بعض الأنشطة كالمذاكرة أو حتى القراءة أحياناً فى الفراش ينبغى تجنبها فى

جميع الأوقات بالإضافة إلى ذلك فإن تأخير وقت النوم ربما يساعد على الاستقرار وسرعة البدء في النوم الطبيعي ، فإذا كان هذا الأسلوب ناجحاً يمكن أن يقدم وقت النوم ١٥ دقيقة كل ليلة حتى الوصول إلى وقت النوم الأصلي (أولينديك وآخرون Ollendick et al. ، ١٩٩١ ؛ بيازا وفيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ أ) .

وهناك طريقة بديلة تتضمن مغادرة الطفل للفراش إذا كان يعاني من متاعب الاستقرار في الفراش لأكثر من ١٠ دقائق ، فالسماح بساعات من الأرق إن تحدث يقوى ارتباطات عدم النوم بالبقاء في الفراش ، وبعد قضاء دقائق قليلة خارج الفراش ينبغي أن يعود الطفل للفراش في محاولة أخرى للنوم .

وإذا كان الأرق يرجع إلى المخاوف من الكوابيس أو إلى القلق فإن التدخلات العلاجية مثل الفنيات المعرفية السلوكية ، والتدريب على الاسترخاء ربما تكون مناسبة (بيازا وفيشر Piazza & Fisher ، ١٩٩١ب ، ٥٤) ، على سبيل المثال فإن استخدام طرق الاسترخاء بالاشتراك مع عبارات لتهدئة النفس مثل استرخ واذهب إلى النوم يمكن أن تكون فعالة جداً في تخفيف قلق الكابوس الذي يعوق بداية حدوث النوم ، والأفكار الدخيلة يمكن محوها واستبدالها بتركيز الانتباه على الأفكار التي تبعث الهدوء والاسترخاء ، ولا يوصى عموماً باستخدام العلاج بالأدوية على الرغم من أن الديازيبام Diazepam والإميبرامين Imipramine قد استخدما بنجاح في علاج الأرق الذي يعاني منه الأطفال (أولينديك وآخرون Ollendick et al. ، ١٩٩١ ، ١١٦) .

العلاج بالحد من (أو تقييد) النوم Sleep Restriction Therapy

يقضى الأفراد الذين يعانون من الأرق وقتاً طويلاً أكثر من اللازم فى الفراش فى محاولة غير ناجحة للنوم ، ويتضمن العلاج بالحد من النوم تحديد مقدار الوقت الذى يقضيه الفرد الذى يعانى من الأرق فى الفراش إلى المقدار الفعلى أو الحقيقى الذى يقضيه الفرد العادى أو الذى لا يعانى من الأرق لكى يدخل فى النوم ، فمثلاً إذا كان الفرد الذى يعانى من الأرق يقضى أربع ساعات فى الفراش كل ليلة أو فى الليلة الواحدة لكى يدخل فى النوم فهذا يعنى أن المقدار الإجمالى للوقت المنقضى فى الفراش كل ليلة أو فى الليلة الواحدة سيتم تحديده إلى أربع ساعات بصرف النظر عن المقدار الحقيقى أو الفعلى المنقضى فى النوم ، وهذا الإجراء يسمح لديون النوم أن تتراكم على الفرد مما يؤدى إلى سرعة دخول الفرد فى النوم فى الليالى التالية ، فالحرمان المعتدل من النوم يجعل الفرد الذى يعانى من الأرق يخلد إلى النوم بسهولة ، وبعد ذلك يضيف الفرد إلى جدول نومه مدة زمنية بسيطة (دقائق) تدريجياً حتى يصل إلى المدة المحددة أو الكافية ، وهدف هذا الأسلوب العلاجى هو الوصول إلى ليلة كاملة من النوم المنعش المريح الذى يعيد الصحة والقوة أى أن الفكرة الأساسية وراء هذه الاستراتيجية العلاجية هى تحويل الوقت المنقضى فى السرير كلية إلى وقت للنوم ، وعلى الرغم من أن تنفيذ هذا النوع من العلاج قد يكون مرهقاً إلى حد ما ، ويحتاج إلى العزيمة والإرادة القوية من جانب الفرد إلا أنه علاج فعال للأرق (ليكشتين وريدل Lichstein & Riedel ، ١٩٩٤ ، ٦٦٠ – ٦٦١) .

ونظراً لأن الأفراد الذين يعانون من الأرق يقضون وقتاً كبيراً فى الفراش لكى يدخلوا فى النوم فإن كفاءة نومهم تكون رديئة ؛ لذلك

فإن العلاج بالحد من النوم يهدف إلى تقوية النوم من خلال تقليل الوقت المنقضى فى الفراش ، وتحديد جدولاً منفرداً للنوم واليقظة يُحد من الزمن الذى يقضيه الفرد فى الفراش بقدر المتوسط الذى تم تقديره للنوم وقت الليل ، وربما يؤدى الحرمان من النوم إلى أن يشعر الأفراد بالنوم أثناء النهار فى بداية العلاج ، ولكن بعد ذلك عندما يصبح النوم أكثر قوة (أى أكثر فاعلية) يتم تغيير جدول النوم اليقظة عن طريق زيادة مقدار الوقت المنقضى فى الفراش ، وتوصل عدد من الباحثين إلى أن العلاج بالحد من النوم والتحكم فى المنبه أو المثير يؤدى إلى انخفاض زمن الاستيقاظ بعد بداية النوم ، وزيادة كفاءة أو فاعلية النوم (فريدمان وآخرون Friedman et al. ، ١٩٩١ ؛ إدينجر وآخرون Edinger et al. ، ١٩٩٢) ، ويرى مورين وآخرون Morin et al. (١٩٩٤) أن العلاج بالحد من النوم ، والعلاج بالتحكم فى المنبه أو المثير أكثر فاعلية من العلاجات الأخرى .

والأشخاص الذين يقضون وقتاً أكثر من اللازم فى الفراش فى محاولة منهم للنوم يمكنهم أن يستفيدوا من العلاج بالحد من النوم فعلى سبيل المثال الفرد الذى يقضى تسع ساعات فى الفراش ولكنه ينام خمس ساعات فقط يتم إرشاده بقضاء وقت مبدئى مقداره خمس ساعات ولا يهم ما يذكره الفرد من قلة الوقت الذى ينامه ، فالوقت المحدد للنوم يكون دائماً أربع ساعات ونصف فى الحد الأدنى ، وأثناء العلاج يجب الاهتمام بعدد من الموضوعات التى تتضمن النوم أثناء النهار والمهام أو الأنشطة التى تجعل الفرد مشغولاً بصفة مستمرة والتركيز على أن يكون الفرد مستيقظاً خلال فترة بعد الظهر وفترة

المساء حتى وقت النوم الذى يتمشى مع جدول النوم (جلوفنسكى وسبيلمان Glovinsky & Spielman ، ١٩٩١ ، ٥٥) .

العلاج المعرفى Cognitive Therapy

يهدف العلاج المعرفى إلى إعادة تشكيل الأنماط الصحية للنوم ، وذلك من أجل التغلب على مشاكل النوم ، ومن بين التدخلات المعرفية إعادة البناء أو التركيب المعرفى Cognitive Destructing ، والانتباه أو القصد التناقضى Paradoxical Intention ، والتوقف عن التفكير Thought Stopping ، وإعادة الاشتراط Reconditioning .

الانتباه أو القصد المتناقض Paradoxical Intention

يعانى الكثير من المرضى من بالقلق ، والانشغال ، والتفكير حول ما إذا كانوا سيقدرون على النوم أم لا ، ولخفض هذا القلق أو هذا الانشغال يتم إعطاء تعليمات للمرضى بأن يدخلوا الفراش ويظلوا مستيقظين بدلاً من محاولة النوم ، ونظراً لأن هذا الانتباه يفترض تقليل أو خفض القلق المرتبط بالنوم فإنه يجعل المرضى أكثر استرخاءً وينامون بسرعة أكبر مما يحدث بدون هذا القصد أو الانتباه (شوهام وآخرون Shoham et al. ، ١٩٩٥ ، ٣٦٥) .

ويرى بوتزين وريدر Bootzin & Rider (١٩٩٧ ، ٣٢٦) أن السبب المنطقى أو المبرر العقلى الذى يكمن وراء هذه الفنية العلاجية على درجة كبيرة من الأهمية لتأثير هذا العلاج أو فاعليته ، فالأسباب العقلية التى تؤكد على الجانب الإيجابي تكون أكثر تأثيراً وفاعلية من الأسباب المنطقية أو العقلانية التى تكون محايدة أو التى تؤكد على الجانب السلبى للمشكلة .

إعادة البناء أو التركيب المعرفى Cognitive Restructuring

يركز العلاج المعرفى Cognitive Therapy على تغيير معتقدات وتوقعات الأفراد بشأن النوم مثل يجب أن أحصل على ثمان ساعات من النوم كل ليلة ، وإذا حصلت على أقل من ثمان ساعات فإن ذلك سيجعلنى أتعرض للمرض ، ويحاول المعالج أن يغير المعتقدات والاتجاهات الخاصة بالنوم وذلك بتقديم معلومات تختص بالنوم مثل مدة النوم العادية أو الطبيعية للفرد ، وقدرة الشخص على أن يعوض ما فقده من النوم ، كما يفيد العلاج المعرفى أيضاً فى مساعدة الأفراد الذين يعانون من القلق بشأن العمل والعلاقات الاجتماعية ، وكذلك المواقف الأخرى التى تمنع الأفراد من النوم أو توقظهم فى منتصف الليل ، ويستخدم الانطفاء التدريجى Graduated Extinction مع الأطفال الذين تنتابهم نوبات غضب شديدة وهياج عند وقت النوم أو الذين يبكون ويصرخون أثناء استيقاظهم من النوم ، وفى هذه الطريقة لابد للوالدين أن يلاحظوا الطفل من وقت إلى آخر إلى أن ينام من تلقاء نفسه (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، ١٩٩٩ ، ٢٥٨) ، وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن الانطفاء التدريجى أحرز نجاحاً فى علاج مشكلات وقت النوم وكذلك الاستيقاظ أثناء الليل (ديوراند ومينـدل Durand & Mindell ، ١٩٩٠ ، ٤٤) .

وبالنسبة للأطفال الصغار فإن بعض العلاجات المعرفية ربما لا تكون ممكنة وبدلاً من ذلك يتضمن العلاج غالباً تحديد أو ضبط نظم وقت النوم مثل أخذ حمام ثم يقرأ له أحد والديه قصة لمساعدته على الذهاب إلى النوم أثناء الليل ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن دمج العلاج الطبى والسلوكى معاً فى الحالات الشديدة الاضطراب يكون مهماً ، فاستخدام الأدوية قصيرة

الأجل Short - term Use of Medication لفترة قصيرة مع استخدام التدخلات السلوكية يساعد بسرعة على التخلص من الأرق (مورين وآزرن Morin & Azrin ، ١٩٨٨ ؛ ميلبى وآخرون Milby et al. ، ١٩٩٣) .

و تهدف عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفى إلى تغيير المعتقدات غير الصحيحة المتعلقة بالنوم ، ومن أهم المعتقدات غير الصحيحة أو غير العقلانية المرتبطة بالنوم التى يشترك فيها الأفراد الذين يعانون من الأرق ما يلى :

١- يحتاج الفرد إلى ثمان ساعات من النوم كل ليلة :

تختلف عدد ساعات النوم من فرد إلى آخر ، فبعض الأفراد يشعرون بالراحة بعد نومهم لمدة تتراوح من أربع إلى خمس ساعات ، بينما البعض الآخر يحتاج من ثمان إلى تسع ساعات كل ليلة لكى يشعر بالراحة والانتعاش ، ويؤدى وظائفه على الوجه الأكمل فى اليوم التالى ، ونظراً لوجود فروق فردية فى الاحتياج إلى النوم فإن مدة النوم القليلة وحدها ليست بالضرورة معياراً أو مؤشراً لوجود الأرق فبعض الأفراد ينامون لفترات قصيرة بطبيعتهم ولا يعانون من الأرق بينما يوجد أناس آخرون ينامون لفترات أطول ولكنهم يعانون من الأرق .

٢- يحتاج الأفراد إلى عدد ساعات أقل من النوم عندما يتقدمون فى السن :

عندما يتقدم بنا العمر فإننا لا نحتاج إلى نوم أقل ، ولكننا نحصل على نوم أقل ويرجع ذلك إلى أن قدرتنا على النوم لفترات طويلة من الوقت تقل أو تنخفض بتقدم العمر ، فالأفراد الأكبر سناً

ينامون نوماً متقطعاً بدرجة أكبر وينزعجون بسهولة شديدة من تأثير الضوء ، كما أن الظروف الطبية تسهم إلى حد كبير فى حدوث المشكلات المتعلقة بالنوم .

٣- قلة النوم ليس لها آثار جانبية :

على الرغم من أن الأرق القصير الأمد ربما يسبب مضاعفات طفيفة إلا أن الأرق المزمن يسبب الاضطرابات المزاجية ، ويضعف الذاكرة ، ويعوق الفرد عن أداء مهامه اليومية ، كما أنه يقلل من قدرة الجهاز المناعى على الوقاية من الأمراض .

٤- يعتبر الأرق مرض أو علة :

لا يعتبر الأرق مرضاً أو علة ، ولكنه عرض مرضى لأنواع مختلفة من الأمراض مثل أمراض القلب ، والروماتيزم ، ومرض باركينسون ، وفرط إفراط الغدة الدرقية ، كما ينشأ الأرق نتيجة للتعب أو الإرهاق أو العناء بعد السفر بالطائرة لمسافات طويلة ... الخ ، والأرق العارض أو العابر يتخلص منه الفرد بسهولة ، فالأفراد الذين يتعرضون للأرق العابر أو العارض بسبب التغير المفاجىء فى بيئتهم يتخلصون من أرقهم بمجرد أن يتعود الجسم على البيئة الجديدة المحيطة بهم ، كما أن الأرق المزمن قابل للشفاء فحينما يكون سببه وجود مرض شديد مثل أمراض القلب مثلاً فإنه يختفى بمجرد الشفاء من هذا المرض .

٥- تعتبر الأقراص المنومة العلاج الوحيد للأرق :

ليست الأقراص المنومة العلاج الوحيد للأرق ، ففى معظم الحالات لا يكون استخدام الأقراص المنومة مفيداً على الإطلاق ، ويمكن استخدامها فقط فى حالة الأرق العابر أو المؤقت ، ولا يجدى

استخدامها فى علاج الأرق المزمن ، ودائماً يتم استخدام علاجات أخرى بدلاً من استخدام الأقراص المنومة كالعلاج المعرفى السلوكى مثلاً .

٦- بقاء الفرد فى الفراش فى عناد وإصرار حتى يغلبه النوم :

يُعد هذا السلوك من أسوأ السلوكيات التى يمكن أن يقوم بها الفرد ، وذلك لأن الفشل فى النوم يولد الإحباط ويؤدى إلى مزيد من الأرق ، فإذا لم يغلب النوم الفرد بسرعة عليه أن ينهض من الفراش ، ويقوم بعمل أى شىء يبعث على الاسترخاء أو الارتياح مثل القراءة أو سماع الموسيقى ...وغيرها من الأنشطة الهادئة التى تفى بالغرض ، وأثناء ذلك يجب تجنب التعرض للضوء الساطع أو المبهر لأنه يؤدى إلى الإثارة والاستيقاظ .

ويرى مورين Morin (١٩٩٣أ ، ٣٢) أن هناك معتقدات أخرى غير صحيحة مثل الاعتقاد بأن الفرد لو استمر بدون نوم ليلة أو ليلتين سيحدث له انهيار عصبى أو أن الفرد ينبغى عليه أن يلغى ارتباطاته الاجتماعية والعائلية والمهنية بعد قضاء ليلة مؤرقة لم يحصل فيها على قدر كافٍ من النوم .

ويجب أن تركز عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفى على تصحيح وتعديل المعتقدات المختلة التى تتعلق بالنوم كالمفاهيم الخاطئه المتعلقة بأسباب الأرق ، والتهويل من نتائج أو آثار النوم الردىء ، والمعتقدات الخاطئة حول طرق تحسين النوم إلى جانب أنه يجب أن تتضمن عملية العلاج توفير معلومات دقيقة عن المعتقدات البديلة وتدريب المريض عليها ، ويؤكد ذلك مورين وآخرون Morin et al. (١٩٩٤ ، ١١٧٤) حيث يرون أن أسلوب إعادة البناء أو التركيب المعرفى أثبت فاعليته فى

زيادة كفاءة النوم ، وتقليل فترة كمون النوم ، وكذلك تقليل عدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل .

وتتضمن عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفي تعليم المرضى الذين يعانون من الأرق الطرق والإجراءات التي تساعد على إعادة تقييم أفكارهم ومعتقداتهم بشأن النوم ، والعمل على تغيير اتجاهاتهم المتعلقة بالأرق التي تتمثل في الحاجة المطلقة إلى ثمان ساعات من النوم حتى يتمكن الفرد من القيام بأداء وظائفه في الحياة جيداً أثناء النهار أو الاعتقاد بأن الأرق من العوامل الأساسية التي تحد من أو تضعف الصحة البدنية والعقلية ، ومثل هذه الأفكار تولد لدى الفرد القلق المتعلق بالأداء وتزيد من حدة تفاقم المشكلات المتعلقة بالنوم ، كما أن تعليم النواحي الصحية المتعلقة بالنوم التي تدور حول تأثير تناول الغذاء الصحي أو اتباع الرجيم ، وتأثير ممارسة التدريبات الرياضية ، وتأثير تناول المشروبات الكحولية من الأمور التي تكون بمثابة جزء لا يتجزأ ومكون مكمل لمعظم برامج العلاج السلوكي للتخلص من الأرق .

خلاصة القول فإن عملية إعادة البناء المعرفي تساعد الفرد على تحسين عملية التفكير الأتوماتيكي اللاشعوري وذلك من خلال تقليل تدفق الانفعالات الضاغطة التي تنتج عن التحريف أو التشويه المعرفي ، وعملية إعادة البناء المعرفي تكون مفيدة للأفراد الذين لديهم مشاعر غير صحيحة عن النوم فمثلاً قد يعتقد شخص ما أن ثمان ساعات من النوم ضرورية لنوم صحي ، ومع ذلك من المحتمل أن هذا الشخص يحتاج ساعات نوم أقل من ثمان ساعات ، وعلى

المعالج النفسى أن يطلب من المريض أو هذا الشخص أن ينظر إلى تاريخه الشخصى الخاص بالنوم ومن المحتمل أن يرى هذا الشخص أنه ولعدة مرات فى الماضى نام ساعات أقل من ذلك وكان لا يعانى من الأعراض التى تلازم أو تصاحب الأرق .

التوقف عن التفكير Thought Stopping

طريقة سلوكية يتم فيها تدريب الفرد الذى يعانى من الأرق على أن يفكر بطريقة متكررة ومستمرة فى ذهابه إلى الفراش ، وهذا الأسلوب من التفكير يساعد على تبديد أو محو القلق المرتبط أو المصاحب لعملية الذهاب إلى الفراش ويقلل من احتمال أو احتمالية الوساوس التى تتعلق بشأن خلوده إلى النوم ، فمن المعروف أن كل شخص منا يمر بتجربة التحدث إلى النفس أو إجراء محادثة مع نفسه ويعد هذا أمر طبيعى ، ومع ذلك فإن ما يقرب من ٨٠ % من التفكير التلقائى Automatic Thinking الذى يدور فى رؤسنا يكون سلبياً ولا يقوم بالضرورة على الواقع ، ويتضمن على بعض الأفكار مثل كان من المفروض عمل ... ... ، ويجب أن أفعل كذا ... ... ، وأننى دائماً أسلك طريقاً لا يُجدى ولم يطلب منى أبداً أن أفعل ... ... وهلم جرا .

ويهدف التوقف عن التفكير إلى تعلم الفرد المزيد من المرونة المعرفية ، ويتم تحقيق أو إنجاز ذلك بإدراك أن الإثارة العاطفية أو الانفعالية تشتت قدرتنا على أن نرى العالم بدقة فنحن نميل أو نتجه إلى رؤية الأحداث أو النظر إليها من خلال عواطفنا ، كما يجب النظر إلى الأفكار التلقائية الناتجة عن التقديرات المشتتة التى تسبب الضيق أو الكرب أو التوتر على أنها افتراضات وليست حقائق ، ويجب تعلم تحدى هذه الفروض أو الافتراضات ، ومعظمنا لا يستطيع تحدى أو مجابهة هذه الأفكار التلقائية

سببة للتوتر والضيق وذلك لأنها تلقائية وغالباً تكون لاشعورية بنفس
طريقة التى نتجاوب بها عادة مع الضغوط المختلفة ، ويعلمنا إعادة البناء أو
تركيب المعرفى أن نتوقف ونتأمل ونقيم المواقف بطريقة أكثر دقة أو بمزيد
من الدقة والتروى ، وبعمل ذلك يتم منع أو تقليل الأفكار التلقائية التى تبعث
على الضيق وتسبب التوتر ، ومن الأسئلة التى يجب أن يطرحها الفرد على
نفسه بشأن الأفكار التلقائية المسببة للضغوط أو التوتر :

١- هل هذا صحيح أو حقيقى فى الواقع ؟ .

٢- هل أتعجل النتائج دائماً ؟ وما الدليل على ذلك ؟ .

٣- هل أبالغ فى التأكيد على الجوانب السلبية للموقف ؟ .

٤- هل أهول من حجم المشكلة أى أجعلها تبدو أسوأ مما هى فى الواقع ؟.

٥- كيف أعرف أن مشكلة ما ستحدث (هل أنا قارئ للعقول) ؟ .

٦- ماذا لو حدثت مشكلة ما ؟ هل سينتهى العالم ؟ .

٧- هل فى صالحى أن أستمر فى هذا التقييم ؟ وهل أستفيد من الاستمرار
فى التفكير بهذه الطريقة التى أفكر بها ؟ .

٨- هل هناك طريقة أخرى للنظر إلى الموقف ؟ .

والحروف الأولى التالية (M.O.A.N.S) والمكونة لمجموعة من
الكلمات تساعد الفرد فى التعرف على أو تحديد الأفكار التلقائية المسببة
للتوتر

M = Must يجب

O= Ought to (Go to, Have to ...ets) ينبغى أن ، أضطر إلى

A = Always دائماً

N = Never أبداً

S = Should ينبغى / من المفروض أن / من المستحسن أن

فعندما تسمع نفسك تفكر أو تقول " ينبغى علىّ أن أفعل كذا " مهما كان الأمر ، أعد صياغة الفكرة بحيث تكون " سيكون جميلاً إذا فعلت كذا ..." مهما كان هذا الأمر ، أو عندما تسمع نفسك تستخدم عبارات مثل " يجب على أن أفعل كذا ....." وتسأل نفسك أسئلة من القائمة التى سبق ذكرها ، وعلى الرغم من أن الإجراءات السابقة لا تشفى الفرد من كل تفكيره البغيض إلا أنها تساعده على أن يتعرف على ٥٠ % منه وذلك من خلال تحديد الأفكار التلقائية المسببة للتوتر ، ومما يجب التأكيد عليه لا تفترض أنك ستبلى بلاءً حسناً عند سماع التحريفات أو التشويهات المعرفية فى حديثك لنفسك فالهدف هو التحسن وليس الكمال أو الإتقان .

إعادة الاشتراط Reconditioning

عندما يستمر الأرق يحدث نوع من الارتباط أو الاقتران الشرطى بين الفراش وحالة الاستيقاظ ، فربما يغلب النعاس الفرد بسهولة وهو خارج حجرة النوم (أى عندما يشاهد التليفزيون أو عندما يقرأ كتاباً فى حجرة المعيشة) ، ولكنه يشعر بيقظة كاملة وهو فى الفراش ، وإعادة التشريط تعنى تعزيز الاستجابة الشرطية لدى الأفراد الذين يعانون من الأرق أى يرتبط الفراش ووقت النوم بعملية النوم ، وهذا يلزم الفرد بعدم استخدام الفراش للقيام بأية أنشطة بخلاف النوم أو ممارسة الجنس ، وكجزء من عملية إعادة الاشتراط أو تعزيز الاستجابة الشرطية ينصح الشخص عادة بالذهاب إلى الفراش عندما يشعر بالميل إلى النوم أو النعاس فقط ، فإذا كان غير قادر أن ينام ينبغى عليه أن ينهض ويمارس أى عمل بعيداً عن غرفة النوم كالقراءة أو مشاهدة التليفزيون أو سماع الموسيقى ثم يعود إلى الفراش

مرة أخرى ، وخلال هذه العملية ينبغى على الشخص أن يتجنب نوم القيلولة وعليه أن يستيقظ صباحاً وينام ليلاً فى مواعيد محددة وثابتة ، ويجب ألا تتغير مواعيد الاستيقاظ حتى لو كانت مدة نوم الفرد قصيرة فى الليلة السابقة ، ومما يجب التأكيد عليه لنجاح عملية إعادة الاشتراط أو تعزيز الاستجابة الشرطية هو تهيئة جسم الفرد لكى يربط الفراش ووقت النوم بعملية النوم (إدى وولبروهيل Eddy & Walbroehl ، ١٩٩٩ ، ١٩١٣) .

العلاج بالعقاقير مقارنة بالعلاج النفسى :

يفيد العلاج بالعقاقير الطبية والعلاج النفسى فى علاج الأرق وخفض أو تقليل المدة التى يستغرقها الفرد للدخول فى النوم بمقدار يتراوح من ١٥ - ٣٠ دقيقة ، وكذلك خفض عدد مرات الاستيقاظ إلى مرتين أو ثلاث مرات فى الليلة الواحدة ، وعلى الرغم من أن العوامل الدوائية يكون تأثيرها سريعاً إلا أن الطرق النفسية تحدث نتائج أكثر دوماً وبدون حدوث الآثار الجانبية المرتبطة باستخدام العقاقير الطبية ، ولقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد تفوق العلاج النفسى على العلاج بالعقاقير مما يعنى أن العلاج النفسى هو الأكثر فاعلية فى علاج الأفراد الذين يعانون من الأرق ، ونظراً للمقارنة القائمة بين كفاءة العلاجين النفسى والدوائى للأرق فإنه يوصى باستخدام العلاج النفسى كخط أول فى العلاج نظراً لأن له أمان أكبر وكفاءة طويلة الأجل ، ومما يجب التأكيد عليه أن العلاج النفسى أو العلاج السلوكى عادة ما يستغرق وقت أطول لتحسين أو تقليل درجة الأرق من العلاج بالأدوية .

ويؤكد ذلك كوفر ورينولدز Kupfer & Reynolds (١٩٩٧ ، ٣٤٥) حيث يريان أنه على الرغم من أن العلاج الدوائى يعطى نتائج

سريعة على المدى القصير إلا أن العلاج النفسى يعطى نتائج دائمة إلى حد كبير ، وهناك دراسات عديدة اهتمت بتقييم فاعلية أو تأثير العلاجين معاً وأوضحت نتائجها أن المرضى الذين يستخدمون الأدوية المنومة يستفيدون بدرجة أقل عند استخدام العلاج النفسى (مورتاج وجرينوود Murtagh & Greenwood ، ١٩٩٥ ؛ هايورى Hauri ، ١٩٩٧ ؛ سميث Smith ، ٢٠٠٢) ، ومن ثم يمكن القول أنه يجب البدء باستخدام العلاج النفسى أو العلاج السلوكى فى علاج الأرق لكفاءته طويلة الأجل ، ولكونه آمن وبدون أعراض جانبية .

العلاجات متعددة المكونات :

تتضمن العلاجات المتعددة المكونات Multicomponent Treatment التعليمات الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير ، والتدريب على الاسترخاء ، وتعليمات عادات النوم الصحى ، وفى أحد التقييمات أحدث أو أسفر الدمج أو الربط بين التعليمات الخاصة بالتحكم فى المنبه أو المثير ، والتدريب على الاسترخاء عن تحسن شامل بدرجة أكبر مما كانت فى التعليمات المتعلقة بضبط المثير وحدها وذلك على الرغم من أن الفروق كانت غير دالة من الناحية الإحصائية (جاكوبس وآخرون Jacobs et al. ، ١٩٩٣ ، ٥٠٣) ، كما اتضح أن العلاج المتعدد المكونات الذى يتضمن الإرشادات الخاصة بالحد من النوم ، والإرشادات الخاصة بإعادة التركيب المعرفى ، والإرشادات الخاصة بتعليم العادات الصحية فى النوم ، كان مؤثراً وفعالاً فى التخلص من المشكلات الخاصة بالنوم التى كان يعانى منها الراشدين الأكبر سناً (إدينجر وآخرون Edinger et al. ، ١٩٩٢ ؛ مورين وآخرون Morin et al. ، ١٩٩٣) .

واستخدم شوهام وآخرون Shoham et al. (١٩٩٥) هذه الطريقة المركبة للتدخلات العلاجية على ٢٢ مريضاً من كبار السن الذين يعانون من الأرق وذلك فى برنامج علاجى لمدة ستة أسابيع ، وبعد العلاج وجدوا تحسناً دالاً فى كفاءة النوم ، ووقت النوم الكلى ، وهذه المكاسب أو الفوائد استمرت فى فترة المتابعة التى استغرقت ثلاثة شهور ، وتوصل بوتزين وريدر Bootzin & Rider (١٩٩٧ ، ٣٢٨) إلى نفس النتائج عندما استخدما هذه المجموعة المركبة من التدخلات العلاجية على الأفراد كبار السن من جميع الأعمار .

كما قام مورين وآخرون Morin et al. (١٩٩٤) بالتحقق من مدى فاعلية التدخلات العلاجية المركبة التى تتضمن إرشادات ضبط المثير ، والحد من النوم ، وإعادة التركيب المعرفى ، وتعليم العادات الصحية فى النوم ، واستخدموا فى ذلك مجموعة كلية قوامها ١٠٠ مريضاً ممن يعانون من الأرق بواقع (٣٦ رجلاً ، ٦٤ امرأة) بمتوسط عمرى قدره ٤١,٥ عاماً واستغرق تنفيذ البرنامج العلاجى ست جلسات علاجية ، واستمدت النتائج من مفكرات النوم التى أكملها المرضى يومياً خلال فترة العلاج ، وأظهرت النتائج حدوث تحسناً دالاً فى كل من متغيرات النوم التى تمثلت فى كمون أو تأخر بداية حدوث النوم ، ومرات حدوث الاستيقاظ أثناء الليل ، والوقت الكلى للنوم ، وكفاءة النوم ، والاستيقاظ المبكر فى الصباح ، وتراوحت نسبة التحسن من ٤٢ % إلى ٥٠ % فى كل الأعراض المرضية الأساسية السابقة الذكر ، وهذه المكاسب تم الحفاظ عليها فى فترة المتابعة التى استمرت لمدة أربعة شهور .

العلاجات البديلة Alternative Therapy

فيما يلى عرض لبعض العلاجات البديلة للعلاج الدوائى وكذلك العلاج النفسى ، وهذه العلاجات البديلة قد تنجح مع بعض الأفراد ، وقد لا تنجح مع البعض الآخر ، وهى آمنة وليس لها آثار جانبية .

١- العلاج العطرى Aromatherapy

ويتم بوضع قليل من زيت اللافندر فى ماء مغلى ثم استنشاق البخار المتصاعد ، وتؤدى هذه الطريقة إلى استرخاء الجسم وبالتالى تساعد الفرد على أن ينام جيداً ، كما يمكن إضافة بضع قطرات من الزيت العطرى إلى ماء الحمام الدافىء قبل الاستخدام ، أو وضع كمية من خليط الأعشاب ملء حفنة اليد داخل قطعة من الشاش وتوضع تحت صنبور المياه بحيث يمر عليها الماء الدافىء المندفع من الصنبور أثناء ملء البانيو للاستخدام ، وهذه الطريقة تساعد الجسم على الاسترخاء كما أنها تفيد البشرة وتجملها .

٢- المساج أو التدليك Message

يساعد المساج أو التدليك على تخفيف التوتر أو الشد العضلى مما يسمح للفرد أن ينام بدرجة أفضل ، ومن المعروف أن التدليك يزيد من الاسترخاء ، ويحسن من قدرة الفرد على النوم ، وعلى الرغم من أن التدليك وحده يعتبر طريقة مؤثرة أو فعالة فى حدوث الاسترخاء إلا أن التدليك مع استخدام زيت اللافندر يؤدى إلى تحسين نوعية النوم ، واستقرار الحالة المزاجية ، وتقليل القلق أو التخلص منه نهائياً .

٣- العلاج بالأعشاب Herbal Cures

يفيد استخدام الأعشاب فى علاج الأرق ، ومن أكثر الأعشاب المستخدمة كمعينات على النوم عشب أو حشيشة الهر (وهى نبات عشبى ذو

زهر صغير أبيض أو قرنفلى) ويستخلص من جذورها عقار مهدىء للأعصاب ، وهذا العشب من أفضل ٢٥ عشباً تباع فى الولايات المتحدة ، وهو آمن وليس له آثار جانبية ، ومدرج فى قائمة وصف الأدوية الأوربية ، ويستخدم على نطاق واسع كمهدىء ومنوم ، والجرعة النموذجية منه تتراوح من ١٥٠ إلى ٤٥٠ مليجرام فى اليوم الواحد (أتيل وآخرون Attele et al. ، ٢٠٠٠ ، ٢٥٦) ، كما أن منقوع الأعشاب المتوافر بالصيدليات يساعد الأفراد الذين يعانون من الأرق على النوم الجيد ، ويفيد أيضاً فى علاج الأرق حمام الماء الدافىء الممزوج بزيوت بعض الأعشاب المعروفة أو تدليك الجسم ببعض الزيوت العشبية بعد الاستحمام مباشرة ، ويفيد عشب البابونج فى مقاومة الأحلام المزعجة أو الكوابيس ويؤخذ هذا العشب فى صورة شاى يجهز بإضافة عدد ٢ - ٣ ملاعق صغيرة من زهرة البابونج إلى فنجان ماء مغلى وينقع لمدة عشر دقائق ، ويشرب بمعدل ثلاثة فناجين يومياً منها فنجان قبل موعد النوم بفترة مناسبة ، ومن المشروبات التى تساعد الفرد على الدخول فى النوم أيضاً مشروب اليانسون ، ومشروب النعناع ، ومشروب القرنفل .

٤- الوخز الإبرى Acupuncture

أوضحت نتائج الدراسات العديدة التى أجريت فى هذا الصدد أن الوخز الإبرى ينجح بنسبة ٩٠ % فى علاج الأرق ؛ حيث يحسن من نوعية النوم ويقلل عدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل ، ويرجع ذلك إلى أن الوخز الإبرى يسبب زيادة إفراز السيروتونين الذى يساعد على الاسترخاء والنوم (هوانج Huang ، ١٩٩٦ ، ١٨٦) .

علاج الإفراط فى النوم الأولى :

الطريقة الأساسية لعلاج الإفراط فى النوم الأولى هى التحكم فى عدم النوم خلال النهار أو وضع جدول لفترات نوم القيلولة أثناء النهار عندما يكون النعاس حاد جداً ، وعلى الرغم من أن نوم القيلولة يمكن أن يزود الفرد براحة مؤقتة إلا أنه ربما يؤدى إلى سكرة أو دوار النوم أو إلى الغيبوبة النومية ، فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يمر بحالة نمطية من النعاس الشديد بعد تناول الغذاء بفترة قصيرة (٢٠ دقيقة مثلاً) فينبغى عمل جدول لفترات القيلولة فى هذا الوقت ، كما أن اشتراك الطفل فى ممارسة الأنشطة عند الاستيقاظ ربما يكون أحد الطرق لتقليل الترنح الذى يعقب فترة نوم القيلولة ، ولقد اتضح أن الإفراط فى النوم له استجابة ضعيفة للأدوية على الرغم من أن بعض الأدوية المنبهة قد أظهرت بعض النجاح إلا أنه لا يوصى باستخدامها بسبب الاضطراب الذى تحدثه فى النوم وقت الليل إلى جانب آثارها الجانبية (شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ب ، ٩٨) .

وهكذا يتضح أن أفضل التوصيات الخاصة بأفضل علاج حالياً تركز على التحكم فى أو إدارة النعاس وتجنب الآثار الجانبية للعلاج بالأدوية كما أن ندرة المؤلفات التى تتناول الطرق العملية لعلاج اضطراب الإفراط فى النوم يوحى بأن هناك حاجة إلى بحوث كلينيكية مستمرة لتحسين طرق علاج النوم الزائد عن الحد لدى الأطفال والمراهقين .

علاج نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم) :

ينصب التركيز الأساسى لعلاج نوبات النوم المفاجئة على الإدارة

السلوكية Behavioral Management ففترات القيلولة أثناء النهار والتى تتراوح بين ٢٠ - ٣٠ دقيقة تكون فعالة فى السيطرة على النعاس ، وعلى عكس الإفراط فى النوم فإن الأفراد الذين يعانون من نوبات النوم المفاجئة يستيقظون عادة من نوم القيلولة وهم منتعشين ويستطيعون أداء عملهم بطريقة جيدة لمدة ساعتين إلى أربع ساعات قبل معاودة نوبات النوم المفاجئة مرة أخرى ، ومن الأمور المهمة مساعدة الوالدين والمعلمين على إيجاد بيئة معاونة للطفل وتزويدهم بالأعراض المرضية والسيكولوجية التى تميز غفوات النوم ، وينبغى على الوالدين والمعلمين أن يكونوا مدركين جيداً بأن غفوات النوم المفاجئة تجربة مرعبة بالنسبة للطفل ، وعلى وجه الخصوص الشلل النومى والهلوسات أثناء النوم ، ومما لاشك فيه أن تفهم الوالدين لهذه الأمور يساعد على محو الاستياء والإحباط الذى يشعر به أفراد العائلة ، كما أنه يجب على الوالدين أن يُفهما الطفل أن فترات هذه الأحاسيس مؤقتة وتمر سريعاً ولا داعى للانزعاج منها ، كما أن نوم الطفل فى مكان قريب من الآخرين ربما يقلل من الخوف الذى تنطوى عليه هذه الأعراض المرضية (جوليمنالت Guilleminault ، ١٩٨٧ أ ، ٢٤٥) .

وبالإضافة إلى التحكم فى النعاس أثناء النهار فإن هناك هدف آخر للعلاج وهو التخلص من الانهيار العضلى Cataplexy ، لأنه يسبب آلام حادة عن طريق إعطاء المريض الميثيل فينديت Methylphenidate تحت الإشراف الطبى لتخفيف النعاس أثناء النهار ، كما أن الإميبرامين Imipramine يفيد أيضاً فى التخلص من الانهيار العضلى ، ومما يجب التأكيد عليه أنه عند استخدام هذه الأدوية يوصى بأقل جرعة ممكنة لتجنب الآثار الجانبية ، وينبغى توخى الحذر ، وعمل جدول للأيام التى تؤخذ

فيها هذه الأدوية (كاراكان وهويل Karacan & Howell ، ١٩٨٨ ، ١٠١) .

علاج اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس :

يعتمد علاج اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس على عدة محاور هى العلاج الطبى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج الجراحى ، ويبدأ العلاج الطبى بعلاج أى أمراض مصاحبة مثل كسل الغدة الدرقية ، والسكر ، والربو ، وتساعد الأدوية مزيلة الاحتقان على فتح ممرات التنفس العليا ، ويجب على المريض الابتعاد عن المهدئات والأدوية المساعدة على النوم ؛ حيث إن هذه العقاقير تزيد الطين بله كما يجب على المدخنين الامتناع نهائياً عن التدخين .

بينما يعتمد العلاج السلوكى الناجح على إنقاص الوزن عن طريق اتباع نظام غذائى معين ، وقد يكون التخلص من السمنة صعباً ؛ لذلك يجب التأكيد على تعديل سلوكيات تناول الطعام وأداء التمرينات الرياضية ، وكذلك منع الشخص من النوم على ظهره بوضع كرة تنس تحت ظهره معلقة فى ملابسه حتى تجبره على النوم على إحدى جنبيه وبالتالى يظل ممر الهواء مفتوحاً بدلاً من غلقه فى حالة النوم على الظهر (بوتسيك وويتمور Potsic & Wetmore ، ١٩٩٠ ، ٦٥٤) .

ويتم التوصية بحدوث نوع من التعاون الوثيق بين طبيب الأمراض الباطنية والأخصائى النفسى فى حالة اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس ، ومن الممكن توسيع مجرى التنفس باستعمال جهاز كهربى صغير على هيئة كمامة يوضع مطابقاً للفم أثناء النوم ، وتعتبر هذه

الطريقة من أنجح الطرق العلاجية فى الوقت الحاضر وتصل نسبة نجاحها إلى حوالى ٩٠ % إلا أنها تسبب ضيقاً لدى نسبة كبيرة من المرضى ، وقد بدأت بعض الشركات الطبية فى إنتاج أدوات بلاستيكية بسيطة لتثبيت اللسان للاحتفاظ بمجرى الهواء مفتوحاً أثناء النوم ولكنها لازالت فى طور التجربة (كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤٢٧) ، بينما يتمثل العلاج الجراحى فى تعديل الحاجز الأنفى إذا كان مائلاً ، وإزالة اللحميات أو الزوائد اللحمية الموجودة فى الأنف إذا وجدت ، وكذلك إزالة اللوزتين إذا كانتا متضخمتين ، وتعديل أية تشوهات خلقية بالفم أو الفكين تعيق التنفس .

علاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

يحدث هذا الاضطراب نتيجة عدم تطابق الدورة الداخلية لتنظيم النوم والاستيقاظ مع المتطلبات البيئية ، ويعد التشكيل السلوكى Behavioral Shaping الذى يتضمن تقديم أو تأخير وقت نوم الفرد من الطرق المثلى للعلاج (كارلسون وكوردوفا Carlson & Cordova ، ١٩٩٩ ، ٤٢٩) .

ويتم علاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة عن طريق تقديم مواعيد وقت النوم فإذا تم تقديم بداية حدوث وقت النوم عن الوقت المرغوب فيه بحوالى ١٥ دقيقة كل ليلة أى من ١١,٣٠ إلى ١١,١٥ مساءً يجب تقديم وقت الاستيقاظ فى الصباح ١٥ دقيقة أيضاً للمحافظة على نفس مجموع أو إجمالى وقت أو ساعات النوم ، فمن الضرورى الالتزام بوقت النوم ووقت الاستيقاظ ، ونظراً لأنه من السهل تأخير جداول النوم عن تقديمها فإنه يمكن الوصول إلى الوقت المرغوب فيه فى النوم بالاتجاه المعاكس ، ومن المفضل عندما

تكون المتطلبات النهارية والمسئوليات التى يجب الاضطلاع بها أثناء النهار ضئيلة كما فى الإجازات مثلاً ؛ حيث يتم تأجيل بداية حدوث النوم من ساعتين إلى ثلاث ساعات كل يوم إلى أن يتم الوصول إلى وقت النوم المرغوب فيه ، وذلك للمحافظة على نفس الوقت الاجمالى للنوم ، ويمكن تدعيم هذه التقديمات والتغييرات فى وقت النوم عن طريق برامج التعزيز وذلك لدفع أو حفز الفرد على الالتزام أو التمسك بالجدول الزمنى الجديد (شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ج ، ١١٢) .

علاج اضطراب الكابوس الليلى :

يتضمن العلاج الأساسى للكوابيس معاونة الطفل والوالدين على الاهتمام الخاص بالقواعد الصحية للنوم والتخلص من القلق والمخاوف المتعلقة بالنوم والتأكيد على أن الكوابيس هى شئ طبيعى لنوم الطفولة ، وعادة يتم التخلص منها تلقائياً (فيربر Ferber ، ١٩٨٥ أ ، ٩٢) .

وبالإضافة إلى ذلك يجب اتخاذ خطوات لتطمين الطفل بأنه فى أمان ، وينبغى على الوالدين تقبل الواقع وإعادة الطمأنينة إلى نفسية الطفل عقب حدوث الكابوس فالأهل الذين يظهرون القلق الزائد عن الحد أو الاهتمام الشديد ربما يعززون أو يقوون الطبيعة المرعبة للكابوس ، ويجب على الوالدين بث الطمأنينة فى نفس الطفل بدون تعمد أو من غير قصد حتى لا يشغلا بال الطفل كثيراً بموضوع الكابوس ، وينبغى على الوالدين أيضاً إبعاد الطفل كثيراً عن العوامل البيئية والسلوكية التى يمكن أن تساهم فى إحداث الكوابيس وكذلك مثيرات إحداث القلق مثل القصص المخيفة والعروض العنيفة التى يقدمها التليفزيون أو أفلام العنف ، كما يجب على الوالدين أيضاً تجنب تعرض الطفل للتجارب المأساوية أو المسببة للصدمات .

وهناك العديد من التكنيكات العلاجية الفعالة التى تستخدم فى علاج الكوابيس المتكررة منها نزع الحساسية المنظم المرتبط بالتدريب على الاسترخاء ، والتعرض للمثيرات المسببة للقلق وذلك من خلال تركيب مجموعة متسلسلة لمواقف مخيفة أو صور متعلقة بكابوس يتم ترتيبها من المثيرات المسببة للقلق من الأقل إلى الأكثر ثم يعمل المعالج مع الطفل ليقترب من كل درجة فى التتابع من الأقل إلى الأكثر أو الأشد وذلك أثناء استخدام الأساليب الفنية للاسترخاء بهدف التخلص من القلق (أولينديك وآخرون Ollendick et al. ، ١٩٩١ ، ١١٧) .

وهناك طريقة أخرى وهى إعادة تنظيم الحلم Dream Reorganization وهذه الطريقة تربط بين نزع الحساسية المنظم والعبارات الذاتية للمجاهدة Coping Self - Statements مثل إنه مجرد حلم ، إنه غير حقيقى وذلك لمواجهة محتوى الكابوس المثير للقلق ، وبعد التدريب على الاسترخاء والتدريب المعرفى السلوكى الذى يهدف إلى التأكيد على العبارات الذاتية للتطمين من جديد يمر الطفل ببروفة إرشادية لنهاية التفوق للبنود الترتيبية لمحتوى الحلم ، فعلى سبيل المثال ربما يطور الطفل نهاية سعيدة لحلم مخيف عن طريق التدريب على مثل هذه الأحلام البديلة والتى تؤدى إلى التخلص من الكابوس (بالاس وجونستون Palace & Johnston ، ١٩٨٩ ، ٢٢٣) .

علاج اضطراب الفزع أثناء النوم واضطراب المشى أثناء النوم :

نظراً لأن ذعر أو فزع النوم ، والمشى أثناء النوم يعدان من اضطرابات اليقظة Arousal Disorders فإن علاجهما يكون متشابهاً ، والهدف الأول للعلاج يتضمن السيطرة ومنع الإصابة ولاسيما فى حالة

المشى أثناء النوم فالخطر المحتمل لوقوع حادث فى حالة المشى أثناء النوم ينبغى معالجته وذلك بالتأكيد على أن حجرة الطفل والمناطق المحيطة بها قد تم تأمينها فإذا كان الطفل لا ينام فى حجرة بالدور الأرضى ينبغى وضع بوابة على السلالم أو غلق هذه السلالم بطريقة أو بأخرى ووضع مفتاح بوابة السلالم فى مكان بعيد عن متناول الطفل ، يضاف إلى ذلك أنه يجب غلق الأبواب والنوافذ جيداً ، كما ينبغى إزالة الأشياء التى يمكن أن يصطدم بها الطفل أو تسبب إصابته ، وقد يفيد استخدام جهاز إنذار متصل بباب حجرة الطفل ينبه الوالدين لحظة استيقاظ الطفل أثناء الليل ، وفى حالة حدوث المشى أثناء النوم لا ينبغى على الوالدين إيقاظ الطفل ولكن ينبغى توجيهه بهدوء وإرجاعه إلى الفراش بعناية ، وعلى الرغم من أن الذعر أثناء النوم يتضمن التجوال فى البيت إلا أنه فى معظم الحالات يجلس الطفل منتصباً فى الفراش فى ضيق أو كرب شديد ، ومما يجب التأكيد عليه أنه لا ينبغى إيقاظ الطفل ولكن ينبغى طمأنته والعمل على راحته والسماح له باستئناف النوم .

وهناك تكنيك للتصرف حيال هذه الأمور يتضمن تحديد الوقت الذى يحدث فيه فزع النوم أو المشى أثناء النوم (وعادة يكون هذا الوقت خلال الساعات الأولى من الليل) وإيقاظ الطفل قبل ١٥ دقيقة من حدوث النوبة ، وبعد ذلك يتم تقليل وقت الاستيقاظ بمرور الأيام حتى يتم حذفها تدريجياً ، ولقد اتضح أن هذه الطريقة تساعد على حدوث فترات أطول من النوم المستمر بشرط أن يتم حذفها بمرور الوقت (ريكرت وجونسون Rickert & Johnson ، ١٩٨٨ ، ٢٠٧) .

وعلى الرغم من أن الطفل نادراً ما يتذكر المخاوف التى انتابته أثناء النوم فى اليوم التالى فإن هذه السلوكيات المأساوية يمكن أن تكون مكدرة

بدرجة شديدة للوالدين والأفراد الآخرين فى الأسرة ، وكما فى جميع الاضطرابات المتعلقة بالنوم فإن اتباع القواعد الصحية للنوم من الأمور المهمة التى ربما تسهم فى تقليل أو خفض مرات تكرار فترات الذعر أثناء النوم أو فترات المشى أثناء النوم ، كما يجب تجنب شرب السوائل قبل وقت النوم بفترة قصيرة ، وكذلك خفض أو تقليل الضوضاء إلى الحد الأدنى وذلك لأن ضغط المثانة وكذلك الضوضاء يسببان أو يعجلان بحدوث فترات ذعر النوم والمشى أثناء النوم ، وعلاوة على ذلك ينبغى تجنب أى موقف يؤدى إلى زيادة فى المرحلة الثالثة أو المرحلة الرابعة لنوم انعدام حركة العين السريعة (NREM) على سبيل المثال الحرمان من النوم ، واستخدام العقاقير أو المخدرات وشرب الكحوليات .

وفى الحالات الحادة والشديدة لهذين الاضطرابين يجب النظر أو التفكير فى العلاج بالعقاقير الطبية أو الأدوية بالاشتراك مع التدخلات السلوكية التى تم وصفها سابقاً ، وينبغى الاستغناء عن العقاقير أو الأدوية حينما تكفى الطرائق السلوكية فى السيطرة على الاضطراب .

وتفيد البينزوديازبينات Benzodiazepines ، والديازيبام Diazepam فى خمد نوم المرحلة الثالثة ، والمرحلة الرابعة لنوم انعدام حركة العين السريعة ، ولقد ثبت فاعلية وكفاءة هذه العقاقير فى علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب المشى أثناء النوم ، وكذلك اضطراب ذعر النوم ، ومع ذلك فالآثار الجانبية لهما والمتمثلة فى الخمول والشعور بالكسل أثناء النهار وتغيير أنماط النوم العادية واردة (داهل Dahl ، ١٩٩٢ ، ١٧٠) ، وكذلك الآثار طويلة المدى لإيقاف المرحلة الثالثة ، والمرحلة الرابعة لنوم انعدام حركة العين السريعة على إطلاق هرمون النمو ، ومخاطر الأداء الوظيفى ،

وغيرها من العمليات الفسيولوجية الأخرى الناتجة عن تناول هذه العقاقير ، وينبغى التأكيد على أن ذعر النوم والمشى أثناء النوم فى مرحلة الطفولة من المشاكل التى تحل غالباً بطريقة تلقائية بنمو الطفل على الرغم من أنه فى بعض الحالات قد تستمر حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد (نويل وآخرون Nowell et al. ، ١٩٩٧ ، ٢١٧٤) .

رابعاً : العلاج البيئى :

يتضمن العلاج البيئى تعديل الظروف البيئية الأسرية والمدرسية التى تسبب حدوث اضطرابات النوم ، وإرشاد الوالدين والمعلمين بشأن أدوارهم فى علاج المشكلة والأساليب الواجب اتباعها فى هذا الصدد ، ومن بينها حسن معاملة الطفل فى مواقف النوم ، وتنظيم مواعيده ، وتجنب ما يثير القلق لدى الطفل ، وتخفيف الضغوط المدرسية ، وتهيئة مكان النوم بحيث يكون فى غرفة هادئة بعيدة عن الضجيج والأضواء ، ويفضل قبل النوم سماع الموسيقى الهادئة ، فالموسيقى تساعد على الاسترخاء ، وكذلك يفضل عدم التفكير وشغل الذهن بالمشاكل والهموم فحينما يرغب الفرد فى النوم يجب أن يبتعد عن كل ما يعكر صفو الذهن بالمشاكل والهموم ؛ فالخلود إلى النوم يتطلب الصفاء الذهنى والاسترخاء الجسمى .

خامساً : العلاج الأسرى :

يتضمن العلاج الأسرى إرشاد الوالدين وتوجيههم بالأسلوب الأمثل لمعاملة الطفل فى مواقف النوم ، وكذلك تبصيرهم بكيفية علاج اضطرابات النوم المختلفة والإرشادات التى يجب اتباعها من أجل تمتع الطفل بالنوم الكافى من حيث المدة ، والمريح من حيث النوعية والتى تتمثل فى :

- تنظيم ساعات العمل والنوم والراحة وأوقات تناول الطعام .

- تناول وجبة العشاء قبل موعد النوم بساعتين إلى ثلاث ساعات ، وينصح بعدم تناول الأطعمة الثقيلة والدسمة والاستعاضة عنها بالأطعمة السهلة الهضم أو الخفيفة .

- عدم تناول الأطفال للسوائل التى تحتوى على الكافيين كالشاى والقهوة والكوكاكولا والشيكولاته والآيس كريم وخاصة فى المساء لأنها تنبه الجهاز العصبى ، ويمكن الاستعاضة عنها بتناول الحليب وشاى الأعشاب وغيرها من المشروبات التى تساعد على الاسترخاء .

- النوم فى غرفة هادئة بعيدة عن الضجيج والأضواء الشديدة لأن الأضواء الشديدة من العوامل التى تؤثر على النوم ؛ لذلك يفضل أن يكون الضوء خافتاً ، وأن تكون درجة حرارة الغرفة مناسبة .

- سماع الموسيقى الهادئة قبل النوم لأنها تساعد على الاسترخاء .

- تجنب نوم القيلولة لأن نوم القيلولة يؤدى إلى صعوبة النوم أثناء الليل .

- التأكيد على أن النوم ضرورى للجسم فهو يعيد للجسم توازنه النفسى والجسمى المفقود ، ويحقق له الاستقرار والهدوء ، فالشخص الذى ينام ساعات كافية ليلاً يستيقظ والحيوية تشع من عينيه صباحاً ، أما الشخص الذى لا ينام ساعات كافية فإنه يستيقظ متكاسلاً وليس لديه رغبة فى العمل أو حتى مغادرة الفراش ؛ لذلك فإن النوم ضرورة من أجل المحافظة على صحة وسلامة الجسم وأداء وظائفه الحيوية المختلفة بشكل جيد .

الفصل السابع

الفصل السابع

تقدير وقياس اضطرابات النوم

مقدمة :

يجب أن يبدأ تشخيص اضطرابات النوم عند طبيب الأمراض الباطنية لكى يقوم بعمل تقييم طبى شامل ودقيق قبل تحويل الفرد الذى يعانى من اضطرابات النوم إلى الطبيب النفسى ، وفى حالة ما إذا كان الطبيب النفسى هو أول من يعتنى بفحص المريض فإنه ينبغى عليه فى هذه الحالة أن يحول هذا المريض إلى طبيب الأمراض الباطنية لإجراء التشخيص ؛ وذلك بهدف استبعاد أى أساس جسمى يكون سبباً فى حدوث اضطراب النوم ، فالتحويل لعيادة اضطرابات النوم أو استشارة أخصائى اضطرابات النوم يكون جزء من التقدير الأولى أو المبدئى ، ويبدأ علاج اضطرابات النوم بعلاج الأعراض المرضية أولاً ثم يلى ذلك علاج العوامل المسببة للاضطراب ، وينبغى أن يبدأ التقدير بمقابلة كلينيكية تتضمن وصفاً شاملاً لمشكلات النوم .

المقابلة الشخصية الكلينيكية :

١- المعالم الرئيسية :

- متى حدث الاضطراب أول مرة ؟ .
- عدد مرات تكرار حدوثه .
- وقت الحدوث أثناء الليل .
- وصف تفصيلى للسلوك الذى يتضمنه الحدث .
- درجة الضيق أو الكرب التى يسببها الاضطراب .
- تذكر الطفل للحدث فى اليوم التالى .
- درجة إثارة وهياج الطفل أثناء الحدث .

٢- الأحداث الحياتية :

- ميلاد أخ أو أخت .
- التغيرات المدرسية كالانتقال من صف إلى صف اخر أو الانتقال إلى مدرسة أخرى .

- إصـ الطفل بالاضطراب .
- إصـ أحد أفراد الأسرة بالاضطراب .
- إصـ أحد أصدقاء الطفل بالاضطراب .
- إيذا لطفل من الوالدين .
- إيذا لطفل من الآخرين .

٣- التفاعلا الوالدية :

- تدعـ أو تشجيع الوالدين للطفل .
- علا الوالدين ببعضهما .
- ضبـ الوالدين أو أحدهما من تصرفات الطفل .
- ردو أفعال الوالدين عندما يستيقظ الطفل ليلاً .
- هل سمح الوالدان للطفل عندما يصحو مذعوراً بالنوم معهما فى حـ رة نومهما أم يصران على نومه فى حجرته الخاصة ؟ .

٤- العادات صحية المرتبطة بعملية النوم :

- تناو السوائل قبل النوم أو فى وقت قريب من وقت النوم .
- تناو الطعام قبل النوم .
- تناو الأدوية قبل النوم .
- انتظ مواعيد النوم .
- نظ م الروتيـن مثـل وقـت الذهـاب إلى الفراش ، ومشـاهدة التلي يون ، والقراءة ، وسماع الموسيقى .

٥- العوامل متعلقة ببيئة النوم :

- درـ حرارة غرفة النوم .
- مسـ ى الضوضاء .
- هل شارك الطفل فى الحجرة أطفال آخرين أم ينام بمفردة ؟ .
- إضـ ة حجرة النوم (شديدة أم خافتة) .

٦- التاريخ النفسى للطفل والأسرة :

- هل يعانى أحد الوالدين أو كليهما من اضطرابات النوم فى الماضى أو فى الوقت الحالى ؟ .
- إذا كان أحد الوالدين يعانى من اضطرابات النوم فما هو العلاج الذى تلقاه ؟ ، وهل اضطراب الطفل اتبع مساراً أو تطوراً مشابهاً أم لا ؟ .
- هل يعانى أحد الوالدين أو كليهما من القلق ؟ .
- هل يعانى أحد الوالدين أو كليهما من الاكتئاب ؟ .
- ما العلاج الذى تلقاه الطفل أثناء حدوث الاضطراب ؟ .
- هل يعانى الطفل من القلق ؟ .
- هل يعانى الطفل من الاكتئاب ؟ .
- هل يتعرض الطفل لإيذاء أحد الوالدين أو كليهما ؟ .
- هل يتعرض الطفل لسوء المعاملة من أحد الوالدين أو كليهما ؟ .

٧- التاريخ الطبى للطفل :

- نوع الولادة والمضاعفات التى حدثت أثناء الولادة .
- هل توجد مصاعب تتعلق بعملية التنفس كالربو مثلاً ؟ .
- هل يعانى الطفل من السمنة ؟ .

وأثناء إجراء المقابلة الكلينيكية لابد أولاً من تحديد متى حدثت اضطرابات النوم أول مرة ، ومرات تكرار الاضطراب ووقت الحدوث أثناء الليل ، ومدة كل اضطراب ، وتطور سير الاضطراب والوصف التفصيلى للسلوك الذى يتضمنه الحدث .

وإذا كان هناك شك فى وجود مُخلات للنوم Parasomnias ينبغى على

الكلينيكى ، يقدر بحرص وعناية الحركات الإيقاعية التى تحدث أثناء النوم والتزحزح أو الانتقال من الفراش ، ودرجة إثارة وهياج الطفل أثناء الحدث ، وقدرة الطفل على تذكر الحدث فى اليوم التالى (كلور وهيبل Clore & Hibel ، ١٩٩٣ ، ١٤) ، وينبغى تقدير الأحداث الحياتية التى تؤدى إلى حدوث اضطرابات النوم بالإضافة إلى الأحداث التى مر بها الطفل فى ذلك الوقت ، كما أن الإيذاء الجنسى أو الانتهاك الجنسى الذى قد يتعرض له الطفل يؤدى إلى حدوث اضطرابات النوم .

والأعراض المرضية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة Post Traumatic Stress Disorder ، والأفكار الاقتحامية أو التهجمية Intrusive Thoughts ، وفرط اليقظة Hyperarousal ربما تكون مصادر لقلق الكوابيس وصعوبة النوم أثناء الليل ، ومن الواضح أن هذه الأعراض لا ينبغى تفسيرها أو فهمها على أنها تعنى أن جميع أو حتى معظم حالات اضطرابات النوم فى الطفولة ترتبط بالإيذاء أو الانتهاك الجنسى أو الأفكار الاقتحامية .. الخ ، ومع ذلك ينبغى أن يكون الكلينيكى على وعى تام أو منتبهاً لإمكانية أو احتمال حدوث مثل هذه العوامل عندما يقوم بتقدير الاضطرابات المتعلقة بالنوم لدى الأطفال ، بالإضافة إلى ذلك فإن تفهم الوالدين لمشكلة النوم عند الطفل يعتبر أمراً مهماً ، كذلك يجب أن يبحث الوالدين عن المعززات التى تحافظ على استمرارية سلوك الطفل ، وإذا استيقظ الطفل ليلاً ماهى ردود الأفعال أو استجابات الوالدين لهذا الأمر ؟ ، وهل يسمح للطفل بالنوم فى أماكن أخرى غير حجرة نومه ؟ ، وما درجة الضيق أو الكرب أو الاضطراب التى لاحظها الوالدان أو أهل الطفل فيما يتعلق بمشكلة نوم الطفل ؟ ، وقلق الأهل أو الوالدين عاملاً مهماً جداً فى دفعهم أو تحفيزهم على البحث عن المساعدة لعلاج مشكلة النوم لدى

الطفل (فيربر Ferber ، ١٩٨٥ أ ، ٧٣ - ٧٤) .

ويجب أن ينظر إلى اضطرابات النوم فى سياق القواعد الصحية للنوم أو الحالات التى تحسن النوم المستمر ، وتقييم القواعد الصحية للنوم ينبغى أن يشتمل على معلومات مثل تناول الطعام ، وشرب السوائل فى وقت قريب من وقت النوم مع الانتباه الخاص للمشروبات التى تحتوى على الكافيين والمشروبات الكحولية ، وكذلك تناول أية أدوية أو عقاقير طبية ، ويجب أن يكون هناك وصف شامل ودقيق لنظام أو روتين وقت النوم أو وقت الذهاب إلى الفراش مثل مشاهدة التليفزيون أو القراءة ، وهل الطفل يقرأ بمفرده أم أن والديه يقرآن له حكايات قبل النوم ، وعلاوة على ذلك يتضمن تقدير القواعد الصحية للنوم فحص العوامل المتعلقة ببيئة النوم مثل درجة حرارة الغرفة ، ومستوى الضوضاء ، وإضاءة حجرة النوم ، ووجود بطانية ، وسماع موسيقى ، وهز السرير للطفل أو الغناء له ، ووجود أشقاء أو شقيقات آخرين يشتركون مع الطفل فى حجرة النوم (ثوربى Thorpy ، ١٩٨٨ ؛ شيلدون وآخرون Sheldon et al. ، ١٩٩٢ ب) .

كما يجب أن تقدر المقابلة الكلينيكية التاريخ الطبى والنفسى للطفل ، كما يجب معرفة ما إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما عانى فى الماضى أو يعانى فى الوقت الحاضر من اضطرابات تتعلق بالنوم مستقلة أو منفصلة عن مشكلة الطفل ، وإذا كان هناك اضطراب فى النوم فى الماضى أو فى الوقت الحالى لدى أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة فما العلاج الذى تلقاه هذا الشخص ؟ ، وهل اضطراب الطفل اتبع مساراً مشابهاً ؟ كل هذه الأسئلة يجب أن توضع فى الاعتبار من جانب الكلينيكى أثناء عملية التقييم المبدئى .

وفيما يلى عرض لمجموعة من الأدوات أو المقاييس التى تفيد فى

قياس أوجه السلوك المتعلقة بالنوم التى تعد مؤشراً للأعراض المرضية لاضطرابات النوم .

مقياس سلوك النوم عند الأطفال :

Children's Sleep Behavior Scale

تعريب : د. مجدى الدسوقى

أعد هذا المقياس فيشر وآخرون .Fisher et al (١٩٨٩) وذلك بهدف تقييم أو تقدير أوجه السلوك المتعلقة بالنوم فى سنوات الطفولة المتوسطة والمتأخرة ، ويقوم الوالدين أو أحدهما بتطبيق هذا المقياس ، ويتكون المقياس من ٢٢ فقرة ، ويوجد أمام كل فقرة خمس اختيارات هى :

- أبداً (لم يحدث ذلك خلال الست شهور الماضية) .
- نادراً (مرة واحدة خلال الست شهور الماضية) .
- أحياناً (مرتان أو ثلاث مرات خلال الست شهور الماضية) .
- كثيراً (أربع أو خمس مرات خلال الست شهور الماضية) .
- دائماً (ست مرات أو أكثر خلال الست شهور الماضية) .

ويأخذ المفحوص درجة واحدة إذا كانت إجابته أبداً ، ودرجتان إذا كانت إجابته نادراً ، وثلاث درجات إذا كانت إجابته أحياناً ، وأربع درجات إذا كانت إجابته كثيراً ، وخمس درجات إذا كانت إجابته دائماً ، والعبارة رقم ٢٢ يستدل منها على أن متوسط ساعات النوم فى معدله الطبيعى أم لا ، والدرجة المرتفعة تشير إلى اضطراب سلوك النوم ، وفيما يلى عرض لكراسة أسئلة المقياس .

م	العبـــــارة	أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١	هل يذهب طفلك إلى الفراش للنـوم بمحض إرادته ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢	هل يعانى طفلك من القلق أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٣	هل سـبق لك أن رأيت طفلك يبتسـم أثناء نومه ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٤	هل يستيقظ طفلك من النوم أثناء الليل ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٥	هل سـبق لك أن سـمعت طفلك يتكلم أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٦	هل سـبق لك أن لاحظت طفلك يمشى وهو نائم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٧	هل سـبق لك أن رأيت طفـلك يجلس أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٨	هل يجز طفلك على أسنانه أثناء النوم؟	.....	.....	.....	.....	.....
٩	هل سمعت طفلك يضحك أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٠	هل أخبرك طفلك أنه رأى حلماً مخيفاً أثناء نومه ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١١	هل لاحظت أن طفلك يقـوم بأفعال تكرارية كخبط الرأس أو كثرة التقلب أثناء نومه ؟ ..	.....	.....	.....	.....	.....
١٢	هل يعانى طفلك من مشكلات تتعلق بالتبول فى الفراش ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٣	هل ينام طفلك بسهولة ؟	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبـــــارة	أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١٤	هل يعـــانى طفـــلك من الكوابيس الليلية ولا يتذكرها فى اليوم التالى ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٥	هل عبر طفلك عن مخاوفه من النـــوم فى الظلام ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٦	هل يستيقظ طفلك بسهولة فى الصباح ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٧	هل لاحظت أن طفـــلك تحدث له كوابيـــس يبدو فيها خائفاً أو مرعوباً إلى حد كبير ؟ ..	.....	.....	.....	.....	.....
١٨	هل اكتشفت أن طفلك يبكى أثناء نومه ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٩	هل أخبرك طفلك أنه حلم حلماً جميلاً ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٠	هل يشكو طفلك من وجود صعوبات الدخول فى النوم أو الاستمرار فيه ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢١	هل يســـتيقظ طفلك للذهاب إلى الحمام أثناء الليل ؟	.....	.....	.....	.....	.....

٢٢ – كم عدد الساعات التى ينامها طفلك كل ليلة فى المتوسط ؟ .

أ- من ٤ – ٥ ساعات ب- ٦ ساعات جـ- من ٥ – ٩ ساعات

د- من ١٠ – ١١ ساعة هـ- ١١ ساعة أو أكثر

مقياس تقدير اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

Morningness Eveningness Scale for Children

تعريب : د. مجدى الدسوقى

يتم تقدير اضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى الأطفال بمقياس الفترات الصباحية والفترات المسائية ، وهذا المقياس من إعداد كارسكادون وآخرون

Carskadon et al. (١٩٩٣) ويتكون المقياس من عشرة مواقف يلى كل موقف منها مجموعة من الاستجابات ، وعلى المفحوص أن يختار الاستجابة التى تنطبق عليه وذلك بوضع دائرة حول الحرف المجاور للاستجابة التى تنطبق عليه .

ويتم حساب الدرجة الكلية على المقياس كالآتى : لنفرض مثلاً أن المفحوص وضع دائرة حول الاستجابة (جـ) للموقف الأول ، ودائرة حول الاستجابة (د) للموقف الثانى ، ودائرة حول الاستجابة (أ) للموقف الثالث ، ودائرة حول الاستجابة (ب) للموقف الرابع ... وهكذا فى باقى المواقف فإن الدرجة الكلية = ٣ × درجة الموقف الأول + ٤ × درجة الموقف الثانى + ١ × درجة الموقف الثالث + ٢ × درجة الموقف الرابع + ... بالنسبة لباقى المواقف التى يتكون منها المقياس مع ملاحظة أن المواقف التى تحمل أرقام ٢ ، ٧ ، ٩ يتم تصحيحها فى الاتجاه العكسى ، وفيما يلى عرض لمواقف هذا المقياس .

١- تخيل أن غداً أجازة من المدرسة أو الكلية وبإمكانك أن تصحو أو تستيقظ فى أى وقت تريده ، فمتى ستصحو من النوم وتغادر الفراش ؟ .

أ- بين الخامسة والسادسة صباحاً .

ب- بين السادسة والنصف والسابعة إلا ربع صباحاً .

جـ- بين السابعة وخمسة وأربعون دقيقة والتاسعة وخمسة وأربعون دقيقة صباحاً .

د- بين الحادية عشرة صباحاً والواحدة ظهراً .

٢- هل من السهل عليك أن تستيقظ فى الصباح ؟ .

أ- مستحيل .

ب- نوعاً ما .
جـ- سهل إلى حد ما .
د- يعتبر ذلك من الأشياء السهلة جداً بالنسبة لى .

٣- إن وقت ممارسة الرياضة فى صالة التدريب (الجيمانيزيوم) محدد له الساعة السابعة صباحاً ، فماذا ستفعل ؟ .
أ- سأبذل كل ما فى وسعى لأتدرب فى الوقت المحدد .
ب- هذا الوقت يناسبنى ولا توجد مشكلة .
جـ- هذا الوقت سئ ولا يناسبنى .
د- هذا شئ مستحيل بالنسبة لى .

٤- لو فرض أنك ستؤدى اختباراً غداً فى مقرر ما ، فما الوقت الذى يناسبك ؟ .
أ- من الثامنة إلى العاشرة صباحاً .
ب- من الحادية عشرة صباحاً إلى الواحدة ظهراً .
جـ-من الساعة الثالثة ظهراً إلى الخامسة مساءً .
د- من الساعة السابعة إلى التاسعة مساءً .

٥- ما الوقت الذى تتمتع فيه بالنشاط والحيوية وتفضل أن تقوم فيه بعمل الأشياء المفضلة لك ؟ .
أ- فى الصباح فأنا أكون متعباً فى المساء .
ب- فى الصباح أكثر من المساء .
جـ- فى المساء أكثر من الصباح .
د- فى المساء فأنا أكون متعباً فى الصباح .

٦- إذا قرر والداك السماح لك أن تحدد وقت ذهابك إلى النوم فما الوقت الذى تختاره ؟ .

أ- بين الثامنة والتاسعة مساءً .
ب- بين التاسعة والعاشرة مساءً .
جـ- بين العاشرة والثانية عشر والنصف صباحاً .
د- بين الثانية والثالثة صباحاً .

٧- عندما تصحو من النوم وخلال النصف الساعة الأولى : إلى أى مدى تكون منتبهاً ومتيقظاً ؟ .
أ- لا أكون منتبهاً .
ب- أشعر بقليل من الدوخة أو الدوار .
جـ- أكون على ما يرام .
د- مستعد تماماً وفى كامل انتباهى .

٨- متى تشعر بأنك بحاجة للذهاب إلى الفراش للنوم ؟ .
أ- بين الثامنة والتاسعة مساءً .
ب- بين التاسعة والعاشرة مساءً .
جـ- بين العاشرة مساءً والثانية عشر والنصف صباحاً .
د- بيت الثانية عشر والنصف والثانية صباحاً .
هـ- بين الثانية والثالثة صباحاً .

٩- إذا اضطررت للاستيقاظ فى الساعة السادسة صباحاً كل يوم ، فهل هذا يمثل مشكلة بالنسبة لك ؟ .
أ- هذا شئ فظيع ومؤلم .
ب- هذا شئ سئ .
جـ-لا بأس إذا اضطررت إلى ذلك .
د- لا توجد مشكلة فى ذلك ، فهذا يناسبنى تماماً .

١٠-عندما تستيقظ فى الصباح كم من الوقت تستغرقه لتكون مستعداً لمغادرة

الفراش ؟ .

أ- من دقيقة إلى ١٠ دقائق .

ب- من ١١ دقيقة إلى ٢٠ دقيقة .

جـ- من ٢١ دقيقة إلى ٤٠ دقيقة .

د- أكثر من ٤٠ دقيقة .

مقياس إيبورث للنوم (*) : The Epworth Sleepiness Scale

تعريب : د. مجدى الدسوقى

يفيد هذا المقياس فى التعرف على المستوى العام لنوم الفرد أثناء النهار الذى يكون مؤشراً للأعراض المرضية لاضطرابات النوم ، وهذا المقياس يعتمد عليه المهنيون فى قياس الحرمان من النوم Sleep Deprivation ، والنعاس أثناء النهار Daytime Sleepiness ويتكون المقياس من ثمان فقرات كل منها تصف موقفاً يومياً روتينياً ويطلب من المفحوص أو المفحوصة أن يقوم بتقدير احتمال حدوث الغفوات أو الشعور بالنوم أثناء النهار أو أثناء القيام بأداء الأنشطة المتعددة خلافاً لنوم الفرد لمجرد شعوره بالتعب أو الإرهاق ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بهذا المقياس .

(*) أحياناً يسمى هذا المقياس باختبار النوم أثناء النهار Daytime Sleepiness Test

كراسة الأسئلة

بيانات أولية :

الاسم :..... النوع : (ذكر/ أنثى)

المدرسة / الكلية / المهنة :.....

تاريخ الميلاد :.....

تاريخ الإجراء :.....

بيانات أخرى :.....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تفيد فى التعرف على مستوى النعاس أو النوم لديك أثناء النهار أو أثناء قيامك بأداء أنشطة الحياة العادية ، ويوجد أمام كل منها مجموعة من الاختيارات .

المطلوب منك :

- أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدى رأيك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطلق عليك .
- أن يكون اختيارك للإجابة عن كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختار الإجابة عليها .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة – فقط – مادامت تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

ما احتمالات أن يغلبك النعاس أو النوم الخفيف فى المواقف التالية خلافاً لمجرد شعورك بالتعب أو الإرهاق ؟ .

م	العبارة	لا توجد فرصة أو احتمال للنوم الخفيف (لا أغفو أبدا)	يوجد احتمال بسيط أو ضئيل للنوم الخفيف أو الغفوة	يوجد احتمال متوسط للنوم الخفيف أو الغفوة	يوجد احتمال عالى لكى أغفو أو أبدأ فى النوم
١	أثناء الجلوس أو القراءة .	.....	.....	.....	.....
٢	أثناء مشاهدة التليفزيون ..	.....	.....	.....	.....
٣	أثناء الجلوس باسترخاء فى مكان عام مثل النادى أو المسرح... الخ	.....	.....	.....	.....
٤	أثناء قيادة السيارة أو الدراجة البخارية لمدة ساعة بدون توقف.....	.....	.....	.....	.....
٥	أثناء الاستلقاء للراحة فى فترة بعد الظهر	.....	.....	.....	.....
٦	أثناء الجلوس والتحدث مع شخص آخر	.....	.....	.....	.....
٧	أثناء الجلوس باسترخاء بعد تناول الغذاء	.....	.....	.....	.....
٨	أثناء التوقف عن قيادة السيارة أو الدراجة لبضع دقائق فى إشارة المرور .	.....	.....	.....	.....

ويجيب المفحوص أو المفحوصة على كل بند بإجابة واحدة من بين أربعة اختيارات لا يوجد احتمال أو فرصة للنوم الخفيف (لا أغفو أبداً) ، ويوجد احتمال بسيط أو ضئيل للنوم الخفيف أو الغفوة ، ويوجد احتمال متوسط للنوم الخفيف ، ويوجد احتمال عالى لكى أغفو أو أبدأ فى النوم .

ويعطى للمفحوص صفراً إذا كان اختياره هو الأول ، ودرجة واحدة للاختيار الثانى ، ودرجتان للاختيار الثالث ، وثلاث درجات للاختيار الثالث ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص أو المفحوصة على المقياس .

والدرجة التى تقل عن ٨ توضح الأداء الطبيعى للنوم .

والدرجة من ٨ – ١٠ تشير إلى نوم معتدل .

والدرجة من ١١ – ١٥ تشير إلى نوم متوسط .

والدرجة من ١٦ – ٢٠ تشير إلى نوم شديد أو ثقيل .

والدرجة من ٢١ – ٢٤ تشير إلى نوم زائد عن الحد .

قائمة المفاهيم الشائعة عن الأرق :

إعداد : د. مجدى الدسوقى

تهدف هذه القائمة إلى التعرف على اعتقادات الفرد نحو النوم ، والبدائل التى تساعده على الدخول فى النوم .

بيانات أولية :

الاسم : ..... النوع : (ذكر / أنثى)

المستوى التعليمى:.....

المهنة فى حالة العاملين :.....

تاريخ الميلاد :.....

تاريخ الإجراء :.....

بيانات أخرى :.....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تتعلق باعتقاداتك نحو النوم من حيث الطريقة أو الأسلوب ، والعوامل التى تساعد على الدخول فى النوم ، ويوجد أمام كل عبارة ثلاث اختيارات هى حقيقى ، محتمل ، خاطىء .

المرجو منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تبدى رأيك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك .
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .

ومما يجب التأكيد عليه أن إجابتك على العبارات المكونة للقائمة تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

م	العبـــــــــارة	حقيقي	محتمل	خاطيء
١	يعتبر الأرق مرض أوعلة	.....	.....	.....
٢	لا يمكن الشفاء من الأرق	.....	.....	.....
٣	يحدد الأرق فى ضـــوء عدد الساعات التى ينامها الفرد كل ليلة	.....	.....	.....
٤	الأقراص المنـــومة هى الشفاء أو العلاج الوحيد للأرق	.....	.....	.....
٥	يمكن أن يســتمر الأرق لمـــدة طويلة تصل إلى عشر سنوات	.....	.....	.....
٦	ينتشر الأرق عن طريق العدوى	.....	.....	.....
٧	أخذ حمـــام دافئ قبل النـــوم يســاعد المرء على الدخول فى النوم	.....	.....	.....
٨	النوم على الظهر أو على الجانب الأيســر أفضل من النوم على الجانب الأيمن	.....	.....	.....
٩	الانشـــغال بقراءة القـــرآن أو عد الأرقـــام أثناء الاستلقاء فى الفراش يساعد المرء على أن يغلبه النعاس	.....	.....	.....
١٠	شدة الضوضـــاء تســاعد المرء على الدخول فى النوم بسهولة	.....	.....	.....
١١	الاســتماع إلى الموســيقى يســاعد المرء على الدخول فى النوم	.....	.....	.....
١٢	النوم فى غرفة جيدة التهوية يســاعد على زيادته	.....	.....	.....

م	العبـــــــــارة	حقيقى	محتمل	خاطىء
١٣	النوم على مرتبة جامدة يؤدى إلى نوم أفضل أو منعش	.....	.....	.....
١٤	تناول المشـــروبات التى تحتـــوى على الكافيين كالشاى والقهوة قبل النوم يؤدى إلى الأرق	.....	.....	.....
١٥	تناول المشروبات الكحولية (الخمور) يؤدى إلى نوم أفضل	.....	.....	.....
١٦	التنفس بهدوء وعمق يساعد على النوم	.....	.....	.....
١٧	الأفراد السمان معرضون بدرجة أكبر للأرق عن الأفراد النحاف	.....	.....	.....
١٨	تصـــور أو تخيل الأشـــياء المملة يســـاعد على الدخول فى النوم	.....	.....	.....
١٩	الاســـتلقاء فى الفراش ومشاهدة التليفزيون يساعد على دخول الفرد فى النوم	.....	.....	.....
٢٠	النوم على الجانب الأيمن أفضـــل من النوم على الظهر أو على الجانب الأيسر	.....	.....	.....
٢١	أحتاج للنوم ثمان ساعات كل يوم لأشعر بالنشاط	.....	.....	.....
٢٢	إذا لم أســـتطع النوم جيداً أثناء الليل لا أســـتطيع إنجاز أعمالى اليوم التالى	.....	.....	.....
٢٣	عدم النـــوم جيداً يجعلنى قلقاً ومتوتراً فى اليـــوم التالى	.....	.....	.....

ويجيب المفحوص أو المفحوصة عن كل بند أو عبارة بإجابة واحدة من بين ثلاث اختيارات حقيقى ، ومحتمل ، وخاطىء ، ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى ٣ ، ٢ ، ١ على الترتيب مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٦ ، ٨ ، ١٠ ، ١٥ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٣ تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على القائمة .

ملحوظة :

فى حالة استخدام القائمة للكشف عن المعتقدات أو المفاهيم المختلة أو غير الصحيحة عن الأرق يراعى أن العبارات التى تحمل أرقام ٥ ، ٧ ، ٩ ، ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٨ عبارات صحيحة وباقى العبارات تمثل العبارات الخاطئة أو المفاهيم المختلة أو غير الصحيحة .

مقياس اضطرابات النوم :

إعداد : د. مجدى الدسوقى

بيانات أولية :

الاسم : ..... النوع : (ذكر / أنثى)

المستوى التعليمى (المهنة) :.....

تاريخ الميلاد : .....

تاريخ الإجراء : .....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تتعلق بكيفية أو نوعية نوم أي منا ، ويوجد أمام كل عبارة اختياران هما : " تنطبق " أو " لا تنطبق " .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تبدى رأيك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك .
- أن تكون إجابتك عن كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختار الإجابة التى تنطبق عليك .
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

م	العبـــــــــــــارة	تنطبق	لا تنطبق
١	أعانى من الشخير أثناء النوم	.....	.....
٢	أعانى من توقف التنفس أثناء النوم	.....	.....
٣	أنفعل وأغضب بسرعة	.....	.....
٤	أعرق بغزارة أثناء الليل	.....	.....
٥	أعانى من عدم انتظام دقات القلب أثناء النوم	.....	.....
٦	أشعر بالصداع عندما أصحو من النوم فى الصباح ...	.....	.....
٧	أستيقظ فجأة أثناء الليل وأنا أشعر كما لو كنت أختنق	.....	.....
٨	أعانى من زيادة الوزن	.....	.....
٩	أشعر بالنعاس وأقاومه من أجل أن أظل مستيقظاً	.....	.....
١٠	أستيقظ من النوم من وقت إلى آخر وعندى جفاف فى الحلق	.....	.....
١١	أعانى من صعوبة الدخول فى النوم	.....	.....
١٢	تتســـابق الأفكار فى عقلى عند الاستلقاء فى الفراش وتمنعنى من النوم	.....	.....
١٣	تحدث مشـــكلات تتعـــلق بنومى عـــدة مـــرات فى الأسبوع	.....	.....
١٤	عندما أستيقظ ليلاً أجد صعـــوبة فى العودة إلى النوم مرة أخرى	.....	.....
١٥	أجد صعوبة فى الاسترخاء	.....	.....
١٦	أستيقظ مبكراً فى الصباح رغماً عن إرادتى	.....	.....

م	العبـــــــــــــارة	تنطبق	لا تنطبق
١٧	أظـــل مســـتيقظاً لمدة نصف ســـاعة أو أكثر قبل أن يغلبنى النعاس	.....	.....
١٨	أعانى من صـــعوبة التركيز فى معظم الأشـــياء التى أقوم بها عندما لا أنام جيداً	.....	.....
١٩	أشـــعر بارتخاء وضعف فى معظم عضلات جسمى عند الغضب	.....	.....
٢٠	يغلبنى النعـــاس أثناء قيادتى للســـيارة أو أى مركبة أخرى	.....	.....
٢١	أشعر غالباً بأننى فى غفوة " نصف نائم "	.....	.....
٢٢	أشاهد مناظر تشبه الحلم عندما يغلبنى النعاس أو عند الاستيقاظ	.....	.....
٢٣	يغلبنى النعاس فى الأماكن العامة التى تمتلئ بالنـــاس كالنو ـى ودور السينما ...الخ	.....	.....
٢٤	أعانى من المتاعب أو المشـــاكل فى العمـــل بســـبب النعا ـ	.....	.....
٢٥	أحلم سريعاً عندما يغلبنى النعاس أو أثناء نوم القيلولة	.....	.....
٢٦	تنتابنى غفـــوات النـــوم أثناء النهـــار مهما حاولت الاستيقاظ	.....	.....
٢٧	أشعر أحياناً بأننى مصاب بالشلل ولا أستطيع التحرك أثناء النوم	.....	.....
٢٨	أستيقظ من النـــوم ليلاً لشـــعورى بضيق فى التنفس	.....	.....

م	العبـــــــــــــارة	تنطبق	لا تنطبق
٢٩	أشـعر بالتهاب فى الزور من وقت إلى آخـر عقب الاستيقاظ	.....	.....
٣٠	أشـعر بتوتر فى عضلات السـاقين بخلاف الأوقات التى أمارس فيها التمارين الرياضية	.....	.....
٣١	أخبرنى أفراد أسرتى أن بعض أجزاء جسمى ترتعش أثناء النوم	.....	.....
٣٢	أخبرنى أفراد أسرتى أننى أمشى وأنا نائم	.....	.....
٣٣	أخبرنى أفراد أسرتى أننى أجلس أثناء النوم	.....	.....
٣٤	أشعر بألم بطئ فى أرجلى عند الدخول فى النوم	.....	.....
٣٥	أشعر بألم فى الساقين أو شد عضلى أثناء الليل	.....	.....
٣٦	أحرك السـاقين كثيراً أثناء الليل لكى أشعر بالراحة	.....	.....
٣٧	أشعر بالنعاس أثناء النهـار على الرغم من أننى أنام جيداً أثناء الليل	.....	.....
٣٨	أعانى من الكوابيس الليلية التى لا أتذكـرها فى اليوم التالى	.....	.....
٣٩	أخبرنى المحيطـون بى أنـه تحدث هـزات مفاجئة لأرجلى أثناء النوم	.....	.....
٤٠	أواجه صعوبة فى التركيز أثناء النهار	.....	.....

ويجيب المفحوص أو المفحوصة على كل بند أو عبارة بإجابة واحـدة من بين اختيارين تنطبق أو لا تنطبق ويعطى المفحوص درجة واحـدة إذا كانت إجابته تنطبق وصفراً إذا كانت إجابته لا تنطبـق ويسـتخدم الجمـع

الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على المقياس ، والدرجة المرتفعة تشير إلى أن الفرد يعانى من اضطرابات النوم والعكس صحيح .

استخبار النوم :

إعداد : د. مجدى الدسوقى

بيانات أولية :

الاسم : النوع : .... النوع (ذكر / أنثى)

المستوى التعليمى (المهنة) .....

تاريخ الميلاد : ....

تاريخ الإجراء : ....

بيانات أخرى : ....

فيما يلى مجموعة من الأسئلة التى تتعلق بالمشاكل التى قد يتعرض لها أيٍ منا أو يشعر بها نتيجة عدم النوم الكافى .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل سؤال بدقة ثم تبدى رأيك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك .
- أن تكون إجابتك عن كل سؤال من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك .
- التأكد من قراءة كل سؤال جيداً قبل أن تختار الإجابة التى تنطبق عليك .
- لا تترك سؤالاً دون الإجابة عليه .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى يحمله السؤال ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

م	العبـــــــــــارة	تنطبق تماماً	تنطبق	بين بين	لا تنطبق	لاتنطبق أبداً
١	هل تعاني من توقف التنفس أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢	هل يغلبك النعاس أثناء القراءة ، أو أثناء مشـــاهدة التليفزيون أو عند الاشتراك فى أنشطة أخرى ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٣	هل تقـــوم النعاس أثناء العمـــل أو أثناء قيادتك للسيارة أو أى مركبة أخرى ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٤	هل تســـتيقظ فى الصباح وأنت تعانى من الصداع ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٥	هل تعاني من الشخير أثناء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٦	هل تعاني من الكوابيس الليلية ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٧	هـــل تســـتيقظ مبكـــراً فى الصباح رغماً عنك ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٨	هل تشـــعر بالإرهاق وعدم الانتعاش عند الاستيقاظ من النوم فى الصباح ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٩	هل تعاني من متاعب الدخول أو البدء فى النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٠	هل تجد صعوبة فى العودة إلى النوم مرة أخرى بعد الاستيقاظ أثناء الليل ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١١	هل تشـــعر بالشـــقاء والإحباط فيما يتعلق بنومك	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبـــــــــــارة	تنطبق تماماً	تنطبق	بين بين	لا تنطبق	لاتنطبق أبداً
١٢	هل تؤثر مشاكل النوم على حياتك العملية وتسبب لك الضيق ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٣	هل يشكو شريكك فى الفراش من شخيرك العالى ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٤	هـل أخبرك المحيطـون بك بأنه تحدث حركات مفاجئة أو هزات لسـاقيك أثنـاء النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٥	هل تأخذ غفوة من النوم أثناء النهار ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٦	هل تشعر بألم بطئ يزحف لسـاقيك عند الدخول فى النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٧	هل تجد صعوبة فى الاسترخاء ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٨	هـل تتسـابق الأفكار فـى عقلك عندما تأوى إلى الفراش وتمـنعك من الدخـول فى النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
١٩	هل تستيقظ من النوم ليلاً لشعورك بضيق فى التنفس ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٠	هل تظل مستلقياً فى الفراش لمـدة نصف ساعة أو أكثر قبل أن يغلبك النعاس ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢١	هل تشاهد مناظر تشبه الحلم عندما يغلبك النعاس أو عند الاستيقاظ من النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبـــــــــــارة	تنطبق تماماً	تنطبق	بين بين	لا تنطبق	لاتنطبق أبداً
٢٢	هل مررت بفترات أثناء النـوم شـعرت فيها بأنك مصاب بالشـلل ولا تسـتطيع التحرك ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٣	هل تشـعر بعـدم القدرة على التركيز أو فقدان التركيز ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٤	هل تسـتخدم الأقراص المنومة للمساعدة على النوم ؟	.....	.....	.....	.....	.....
٢٥	هل تشعر بالتعب والخمول أثناء النهار ؟	.....	.....	.....	.....	.....

ووضع للاستخبار تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيـب المفحـوص أو المفحوصة على كل سؤال تبعاً لبدائل خمسة هى :

" تنطبق تماماً " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص تماماً .

" تنطبق " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص بدرجة كبيرة أو أعلى من المتوسط .

" بين بين " إذا كان مضمون السؤال ينطبـق علـى المفحـوص بدرجـة متوسطة .

" لا تنطبق " إذا كان مضمون السؤال ينطبق على المفحوص بدرجة قليلة او أقل من المتوسط .

" لا تنطبق أبداً " إذا كان مضمون السؤال لا ينطبق على المفحوص كلية .

وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى :

تنطبـق تمامـاً (٤) ، تنطبـق (٣) ، بـين بـين (٢) ، لا تنطبـق

(١) ، لا تنطبق أبداً (صفر) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى الحصول على الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على الاستخبار ، والدرجة المرتفعة تشير إلى أن المفحوص يعانى من اضطرابات النوم ، والدرجة المنخفضة التى تساوى ٢٥ فأقل تشير إلى أن المفحوص لا يعانى من أية اضطرابات فى النوم .

استبيان تاريخ النوم :

إعداد : د. لطفى الشربينى

يتكون هذا الاستبيان من ثلاث مجموعات من الأسئلة ، المجموعتان الأولى والثانية يجيب عليهما المفحوص أو الفرد الذى يعانى من اضطرابات النوم ، أما المجموعة الثالثة يجيب عليها الأفراد الذين يرافقون أو يحيطون بالفرد الذى يعانى من اضطرابات النوم ، والإجابة على الأسئلة المكونة للاستبيان تعطى معلومات عن الشخص فى حالة النوم ويمكن من خلال هذه المعلومات تشخيص بعض الحالات المرضية المرتبطة باضطراب النوم ، ولذلك أهمية خاصة فى الفحص النفسى لكثير من الحالات التى تكون الشكوى من مشكلات النوم من أعراضها الرئيسية ، كما يمكن من خلال إجابة هذه الأسئلة التوصل إلى تحديد طبيعة وحجم مشكلة النوم وتأثيرها على الشخص الذى يعانى منها ، وبعد ذلك يتم وضع خطوات العلاج .

المجموعة الأولى :

العبـــــــارة	نعم	لا
١ – هل تشعر بالميل للنوم خلال ساعات اليوم ؟	....	....
٢ – هل تأخذ غفوة من النوم أثناء النهار ؟	....	....
٣ – هل تواجه صعوبة فى التركيز خلال النهار ؟	....	....
٤ – هل تجد صعوبة فى الدخول فى النوم حين تدخل إلى الفراش ؟	....	....
٥ – هل تصحو من النوم عدة مرات خلال الليل ؟	....	....
٦ – هل تستيقظ من نومك مبكراً فى الصباح ؟	....	....
٧ – هل تصحو من النوم عادة بسبب الألم أو لدخول دورة المياه ؟	....	....
٨ – هل تتطلب وظيفتك العمل فى ورديات ليلية أو السفر ؟ ...	....	....
٩ – هل تعتاد على تناول القهوة والشاى وغيرها من المشروبات ؟	....	....
١٠ – هل تعانى من مشكلة الشخير أثناء النوم ؟	...	....

المجموعة الثانية : مطلوب الإجابة على الأسئلة التالية :

س١: متى وكيف بدأ لديك اضطراب النوم ؟ .

س٢: ما الهموم التى تؤثر عليك حالياً ، وما المشكلات التى صادفتك قبل ذلك ؟ .

س٣: كيف تصف نومك على مدار ليلة كاملة ؟ (عدد الساعات ، وطبيعة النوم) .

س٤: هل تعانى من حالة مرضية أو مشكلة صحية فى الوقت الحالى ؟ .

س٥: ما الأدوية التى استخدمتها حالياً وفى السابق ؟ (نوعها وجرعاتها ومدتها) .

المجموعة الثالثة : أسئلة يتم توجيهها إلى مرافق المريض خصوصاً إذا كان يشترك معه فى مكان النوم وهى :

س١: هل تلاحظ أن هذا الشخص يتوقف تنفسه أثناء النوم ؟ .

س٢: هل يحدث عنه صوت شخير ؟ .

س٣: هل يتحرك أو ينتفض بشدة أثناء النوم ؟ .

س٤: هل صادفك اضطراب فى نومك ؟ وما هو ؟ .

مفكرة النوم :

تعتبر مفكرة النوم مكوناً مهماً جداً فى تقييم الأرق ، وهى عبارة عن استبيان أو سجل نهارى / ليلى لعادات النوم يستكمله المريض كل صباح لكى يصف فيه نومه فى الليلة السابقة ويرى كارلسون وكردوفا Carlson & Cordova (١٩٩٩ ، ٤٢١) أن مفكرات النوم وسيلة فعالة لتوثيق مجرى أو سير الأحداث فى دورة النوم واليقظة كما أنها توفر خط قاعدى ثابت وراسخ يقوم عليه تقدير فاعلية التدخلات العلاجية ، والمتغيرات التى تشملها هذه المفكرة تتمثل فى : عدد الغفوات التى مر بها الفرد فى اليوم السابق ، ومدة كل منها ، والوقت الذى حدثت فيه ، ووقت دخول الفراش للنوم ، وفترة الكمون أثناء النوم ، وعدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل ، وزمن كل مرة ، ووقت الاستيقاظ فى الصباح ، وعدد ساعات النوم ، وهذه المفكرة تساعد الفرد على فهم الكثير من الأمور المتعلقة بنومه ومن ثم التغلب على الأرق الذى يعانى منه ، وتساعد البيانات المستمدة من هذه المفكرة على تقليل التشتت أو التحريف فى المعلومات التى دونها الفرد الذى يعانى من الأرق فى مفكرته ، كما أنها وسيلة لتقدير ما إذا كانت التدخلات العلاجية لها تأثير أم لا ، وبدون هذه المفكرة ربما تهبط عزيمة الفرد عند حدوث ليلة واحدة بلا

نوم ، كما أن الاحتفاظ بمفكرات النوم يساعد المرضى على أن يركزوا على ما إذا كانت المشكلة المتعلقة بالنوم تتكرر أم لا .

كما يوجد مقياس ستانفورد للنوم The Stanford Sleepiness Scale في قياس مستوى النوم ، وهذا المقياس حساس لتأثيرات الحرمان من النوم ويتم تطبيقه في أوقات مختلفة من اليوم وذلك لتوفير معلومات كمية بخصوص حدة و شدة الاضطراب الذى يمر به الطفل ، والمقياس ذو تدريج من سبع نقاط تتدرج من منتبه أو متيقظ إلى نائم بدرجة زائدة عن الحد أو مفرطة (هيرسكوفيتش وبروتون Herscovitch & Broughton ، ١٩٨١ ، ٨٣) .

ويمكن تقدير مستويات الاضطراب السيكولوجى لدى الأطفال والمراهقين كذلك المنغصات أو التوترات البيئية باستخدام مقاييس تقدير موضوعية متعددة ، وذلك لزيادة البيانات التى يتم الحصول عليها فى المقابلة الكلينيكية ، وهذه المقاييس تتضمن قائمة اكتئاب الأطفال The Children's Depression Inventory(CDI) وهى من إعداد كوفاكس Kovacs ، وقائمة قلق الحالة والسمة للأطفال Children's State - Trait Anxiety Inventory وهى من إعداد اسبيلبرجر وآخرون Spielberger et al. ، ومقياس كودبنجتون للأحداث الحياتية Coddington Life Events Scale ومقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية – صيغة المراهقين Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescents- Form (بوتشير وآخرون Butcher et al. ، ١٩٩٢ ، ٩– ٣٢) .

كما أن صاعب النوم عند الأطفال يمكن أن تسبب التوتر أو الخلاف العائلى بالإضافة إلى أنها تتطور فى حالة وجود هذه المنغصات أو التوترات

وهناك مشكلات أخرى يجب تقديرها مثل المشكلات المتعلقة بالسلوك والنشاط الزائد عن الحد ، وعدم القدرة على الانتباه والتركيز ، والسلبية ، والصعوبات المتعلقة بعملية التعلم ، والشكاوى أو الاضطرابات الجسمية النفسية ، والقلق ، والاكتئاب ، والسلوك العدوانى ، وتفيد قائمة مراجعة سلوك الطفل Child Behavior Checklist فى تقدير هذه الجوانب (أشينباك وإديلبروك Achenback & Edelbrock ، ١٩٧٩ ، ٤٩ - ٥٣) .

كما أن تقييم النوم أثناء الليل يفيد فى تقديم معلومات هامة تسهم فى تقدير وتشخيص وعلاج اضطرابات النوم ، كما أن التحويل أو الإحالة إلى مراكز علاج اضطرابات النوم يكون ضرورياً فى حالات الشك فى وجود نوبات النوم المفاجئة أو التوقف عن التنفس أثناء النوم (الجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم American Sleep Disorders Association ، ١٩٩٢ ، ٢٧٠) ، ويتم عادة استخدام جهاز وصف أو تخطيط النوم الليلى Nocturnal Polysomnography لمدة ليلتين على الأقل فى تشخيص ووصف النوم الليلى ، وربما تشتمل المقاييس أيضاً على جهاز رسم المخ الكهربى (EEG) ، وجهاز تسجيل قوى شد العضلات (EMG) ، وجهاز رصد حركة العينين (EOG) ، ومستويات التنفس ، والأكسجين الشريانى ، وثانى أكسيد الكربون ، وتدفق الهواء الأنفى وحركات البطن ، والحلق ، والصدر ، ونشاط عضلات الأطراف ، وعلاوة على ذلك فإن الاختبارات المتعددة للنوم أثناء النهار مثل الاختبار المتعدد لكمون النوم Multiple Sleep Latency Test (MSLT) ، واختبار استمرار حالة اليقظة Maintenance of Wakefulness Test (MWT) تزودنا بمعلومات بشأن

حدة أو شدة النوم خلال النهار ، وهذه الاختبارات تفيد فى التشخيص الفارقى ولاسيما عندما يكون هناك شك فى وجود نوبات النوم المفاجئة أو الاضطرابات المتعلقة بتوقف عملية التنفس أثناء النوم كما أنها تفيد أيضاً فى تقييم كفاءة أو فاعلية العلاج .

الفصل الثامن

الفصل الثامن

نصائح لنوم صحى سليم

مقدمة :

النوم كما هو معروف ضرورى للجسم فهو يعيد للجسم توازنه الصحى والنفسى المفقود ، ويحقق له الاستقرار ، فالشخص الذى ينام ساعات كافية ليلاً يستيقظ والحيوية تشع من عينيه صباحاً ، أما الشخص الذى لا ينام ساعات كافية فإنه يستيقظ متكاسلاً وليس لديه الرغبة فى مغادرة الفراش ؛ ولهذا يؤكد خبراء الصحة العامة على ضرورة النوم ليلاً ولساعات كافية تتراوح ما بين ست إلى ثمان ساعات من أجل المحافظة على صحة وسلامة الجسم وأداء وظائفه الحيوية بشكل جيد .

وهناك اعتقادات خاطئة حول النوم فمن المعروف أن الشخص العادى يحتاج من أربع إلى تسع ساعات للنوم كل أربع وعشرين ساعة ، وفى كل الأحوال فإن عدد ساعات النوم التى يحتاجها الإنسان تختلف من شخص إلى آخر ، فالكثيرون يعتقدون بأنهم يحتاجون إلى ثمان ساعات نوم يومياً ، وأنه كلما زادوا من عدد ساعات النوم كلما كان ذلك صحياً أكثر ، وهذا اعتقاد خاطئ فعلى سبيل المثال إذا كان الفرد ينام لمدة خمس ساعات فقط ليلاً ويشعر بالنشاط والحيوية فى اليوم التالى فإنه لا يعانى من مشاكل فى النوم ، والبعض الآخر يرجع قصور الأداء والفشل فى بعض الأمور الحياتية إلى قلة النوم مما يؤدى إلى الإفراط فى التركيز على النوم ، وهذا التركيز يمنع صاحبه من الحصول على نوم مريح ليلاً ويدخله فى دائرة مغلقة ؛ لذلك يجب التمييز بين قصور الأداء الناتج عن نقص النوم ، وقصور الأداء الناتج عن أمور أخرى كزيادة الضغوط فى العمل وعدم القدرة على التفاعل مع زيادة التوتر وغيره .

ولتجنب المشاكل المتعلقة باضطرابات النوم والوقاية منها ينصح باتباع

الإرشادات التالية :

١- عدم تناول المنبهات والمشروبات التى تحتوى على الكافيين كالشاى والقهوة والكولا ليلاً ، ويمكن الاستعاضة عنها بتناول الحليب ، وشاى الأعشاب ، واليانسون ، والبابونج ، والنعناع الأخضر فهذه المشروبات تساعد على الاسترخاء ، كما أن تعاطى الخمر ربما يزيد النوم فى بداية الليل ، ولكنه يزيد من فترات الاستيقاظ فى النصف الثانى من الليل .

٢- يفضل تناول وجبة العشاء قبل موعد النوم بساعتين إلى ثلاث ساعات على الأقل ، وينصح بعدم تناول الأطعمة الثقيلة والدسمة والاستعاضة عنها بالأطعمة سهلة الهضم والخفيفة ، فالثابت علمياً أن تناول الوجبات الثقيلة فى أى وقت من النهار يؤثر سلبياً على جودة النوم .

٣- يساعد الاسترخاء فى حوض الاستحمام الدافئ الذى يحتوى على بعض الزيوت العطرية مثل اللافندر على الاسترخاء والنوم المريح لأنه يساعد على إزالة التوتر واسترخاء العضلات .

٤- من المهم جداً أن تكون غرفة النوم مريحة بعيدة عن مصادر الضوء الشديد والضجيج ، ويجب أن تكون إضاءتها خافتة ودرجة حرارتها مقبولة ، لأنه من المعروف أن درجة الحرارة المنخفضة أو المرتفعة تؤثر سلبياً على نوعية النوم ؛ لذلك يجب تعديل درجة حرارة غرفة النوم لكى تكون مناسبة .

٥- يمكن سماع الموسيقى الهادئة قبل النوم فالموسيقى تساعد على الاسترخاء المطلوب للخلود إلى النوم .

٦- تجنب إجبار نفسك على النوم ، فالنوم لا يأتى بالقوة ، فإذا شعرت بعدم

القدرة على النوم انهض واذهب إلى غرفة أخرى ولا تعود لغرفة النوم مرة ثانية إلا عندما يداعبك النوم ، والهدف من هذه العملية هو الربط بين السرير والنوم ، ومما يجب التأكيد عليه أن محاولة إجبار النفس على النوم يؤدى إلى الانزعاج والضيق وتقطع النوم أو الأرق .

٧- اختصار الوقت فى السرير يحسن النوم بينما الإفراط فى الوقت فى السرير ينتج عنه نوم متقطع .

٨- الدراسات العلمية أثبتت أن الرياضيين ينامون بشكل أفضل من الذين لا يمارسون الرياضة فالتمارين العادية تشجع على النوم ، ووقت ممارسة الرياضة ذو أهمية قصوى بالنسبة للنوم فبداية الدخول فى النوم يصاحبها انخفاض فى درجة حرارة الجسم بينما الرياضة تزيد من درجة حرارة الجسم ؛ لذلك يفضل أن تكون التمارين الرياضية قبل وقت النوم بثلاث إلى أربع ساعات على الأقل .

٩- الخلود إلى النوم يتطلب الصفاء الذهنى والاسترخاء الجسدى ؛ لذلك يفضل قبل النوم عدم التفكير وشغل الذهن بمشاكل العمل وهموم المنزل .

١٠ - عند الاستيقاظ ليلاً من المهم جداً البقاء فى الفراش فى حالة استرخاء بدلاً من التقلب فى الفراش طلباً للنوم الذى قد يبدو حينها مستحيلاً .

١١ - اجعل لنفسك موعداً ثابتاً تأوى فيه إلى فراشك فموعد النوم الثابت أمر مهم بالنسبة للنوم الهادئ .

١٢ - إذا وجدت نفسك غير قادر على النوم انهض من فراشك ، وابحث عن شئ تفعله كقراءة كتاب أو سماع موسيقى أو مشاهدة التليفزيون أو أى

شئ آخر إلى أن تشعر بالتعب .

١٣ - تجنب النوم أثناء النهار إذا كان نومك مضطرباً حتى يمكن النوم لفترة متواصلة أثناء الليل .

١٤ - لا ينصح باستخدام أى دواء يساعد على النوم إلا بعد استشارة الطبيب ، ومما يجب الإشارة إليه أن غياب الشمس يستنزف طاقة الإنسان ويجعله يشعر بالكآبة ، ويجد البعض أنفسهم مقبلين على النوم لفترات تمتد بطول اليوم ، ويفسر العلماء هذه الظاهرة بأن غياب ضوء الشمس يؤدى إلى زيادة إفراز هرمون الميلاتونين ، ففى الظروف الطبيعية يفرز الجسم كميات كبيرة من هذا الهرمون أثناء الليل أى بعد حلول الظلام وعندما تمتد الظلمة إلى النهار أيضاً تظل مستويات هذا الهرمون فى الجسم مرتفعة طيلة اليوم ، وارتفاع نسبة الهرمون فى الدم تجعل الإنسان يشعر بالكآبة والحالة المزاجية السيئة .

١٥ - من المفيد التعرض المنتظم لضوء الشمس فى فترة العصر ، لأن التعرض لضوء الشمس فى هذه الفترة يحفز من انطلاق الميلاتونين الذى يساعد على تنظيم الإيقاع الزمنى للساعة البيولوجية .

١٦ - قم بعمل أو أداء تمرينات منتظمة ، وحاول ألا تقوم بعمل هذه التدريبات فى وقت قريب من وقت النوم حتى لا تنبهك أو تحفزك وتجعلك غير قادر على النوم ، ويفضل أداء التدريبات قبل وقت النوم بمدة لا تقل عن ثلاث ساعات .

١٧ - حاول أن تذهب إلى الفراش للنوم فى نفس الميعاد كل ليلة وأن تستيقظ

فى نفس الوقت كل صباح ، ولا تحاول أن تنام فى فترة القيلولة وذلك لأن نوم القيلولة يجعلك أقل ميلاً للنوم أثناء الليل .

١٨ – اتبع روتيناً يساعدك على الاسترخاء والتخلص من توتر الأعصاب قبل النوم مثل قراءة كتاب أو الاستماع إلى الموسيقى أو أخذ حمام دافئ .

١٩ – تجنب استخدام فراشك فى عمل أى شئ آخر بخلاف النوم أو الجنس .

٢٠ – إذا لم تستطع أن تنام انهض من فراشك وافعل شيئا لا يكون منبهاً أو مثيراً بدرجة كبيرة إلى أن تشعر بالنعاس .

٢١ – اتفق عدد كبير من العلماء على أن تناول محلول العسل الأبيض الدافئ يهيئ الفرد للنوم الهادئ المريح ، وقد قال رسول الله " صلى الله عليه وسلم " عليكم بالشفاء ين : العسل والقرآن .

٢٢ – تناول مشروباً من اللبن الدافىء قبل الذهاب إلى الفراش يساعد على النوم الجيد ؛ لأن اللبن يحتوى على بعض الأحماض الأمينية التى تساعد على إفراز هرمون الميلاتونين ، وهرمون السيروتونين وهما من المواد الكيميائية التى تفرز بالمخ وتزيد من النوم وتحسن فاعليته .

٢٣ – تغيير مكان النوم سبب شائع للأرق حتى لو كان المكان البديل الجديد فندقاً ذا خمسة نجوم ، وذلك لأن الاعتياد على نفس مكان النوم بمحتوياته ونظامه المألوف للفرد يعد أحد طقوس النوم ، والأرق الناتج عن تغير مكان النوم لا يدوم عادة إلا ليلة واحدة أو ربما أكثر قليلاً ، ويمكن التغلب على ذلك بأداء نفس الطقوس

التى اعتدت على أدائها بمكان نومك الأصلى ، ولكن قد يحدث أحياناً أن تشعر فى ذلك المكان الجديد بمزيد من الارتياح والنوم وإذا حدث لك ذلك ابحث عن الأسباب فقد يكون من ضمنها جودة المرتبة أو الوسائد أو هدوء المكان أو البعد عن مشكلات المنزل ، وحاول جاهداً أن توفر هذه الأسباب التى دعتك للنوم المريح بمكان نومك الأصلى .

٢٤ - هناك بعض الوصايا المستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة منها : الوضوء قبل النوم ، والنوم على الجانب الأيمن ، وقراءة بعض آيات القرآن الكريم ، والأدعية ، وفى ذكر الله ما يغنى عن هذا وذاك ، والمسلم يعلم قول رسول الله صلى الله عليه وسلم : " ينزل الله إلى السماء الدنيا كل ليلة حين يمضى ثلث الليل الأول فيقول : أنا الملك ، أنا الملك من ذا الذى يدعونى فاستجيب له ؟ من ذا الذى يسألنى فأعطيه ؟ من ذا الذى يستغفرنى فأغفر له ؟ فلا يزال كذلك حتى يضئ الفجر " رواه مسلم ، وروى ابن السنى عن محمد بن يحيى : أن خالدَ بن الوليد " رضى الله عنه" أصابه الأرق ، فشكا ذلك إلى النبى " صلى الله عليه وسلم " فأمره أن يتعوذ عند منامه بكلمات الله التامات من غضبه ، ومن شر عباده ، ومن همزات الشياطين وأن يحضرون .

وروى الترمزى عن بريدة " رضى الله عنه " قال : شكا خالد بن الوليد " رضى الله عنه " إلى النبى " صلى الله عليه وسلم " فقال : يا رسول الله ما أنام الليل من الأرق ، فقال النبى " صلى الله عليه

وسلم " : إذا أويت إلى فراشك فقل : اللهم رب السماوات السبع وما أظلت ، ورب الأرضين وما أقلت ، ورب الشياطين وما أضلت ، كن لى جاراً من شر خلقك كلهم جميعاً أن يفرط على أحد منهم أو أن يبقى على ، عز جارك وجل ثناؤك ولا إله غيرك ولا إله إلا أنت .

لهذا كله ينصح بالالتزام بالإرشادات السابقة من أجل التمتع بالنوم الكافى والهادئ والمريح الذى يعد ضرورياً لصحة الجسم وسلامته .

ثبت المصطلحات

ثبت المصطلحات

(A)

Alertness	التيقظ
Amnesia	فقدان الذاكرة
Adjustment Sleep Disorder	إضطراب النوم التكيفى
Altitude Insomnia	أرق المرتفعات
Arousal Disorder	اضطراب اليقظة
Acute Insomnia	الأرق الحاد

(B)

Breathing - Related Sleep Disorder	اضطراب النوم المرتبط بالتنفس
Biologic Clock or Circadian Rhythm	الساعة البيولوجية
Brain Wave	موجات المخ

(C)

Cataplexy	الانهيار العضلى (الضعف المفاجئ فى العضلات) أو الفقدان المفاجئ للقوى العضلية
Circadian Rhythm Sleep Disorder	اضطراب مواعيد النوم واليقظة / اضطراب إيقاع النوم واليقظة / اضطراب إيقاع دورية النوم
Circadian Rhythm	الساعة البيولوجية
Chronic Insomnia	الأرق المزمن
Diam	بادئة تعنى اليوم

Circa	بادئة تعنى تقريباً

(D)

Delirium	الهذيان أو التخريف
Dyssomnias Disorders	اضطرابات النوم الأولية (عسر النوم)
Dyssomnia	عسر النوم
Distress	الكرب / المشقة
Drug dependence	العقاقير النفسية
Drowziness	الدوخة
Daytime Naps	فترات نوم القيلولة

(E)

Electromyogram (EMG)	جهاز تسجيل الجهد الكهربى للعضلة
Electromyograph (EMG)	جهاز قوة شد العضلات
Electroencephalograph (EEG)	جهاز رسم المخ الكهربى
Electrocardiograph (ECG)	جهاز تسجيل الرسم الكهربى للقلب
Electrocardiogram	الصورة البيانية الكهربية لعمل القلب
Electrooculograph (EOG)	جهاز رصد حركة العينين
Excessive Daytime Sleepiness	النوم الزائد عن الحد أثناء النهار
Erethism	التوتر العصبى

(H)

Hypnosis	التنويم الإيحائى (المغناطيسى)
Hypnolepsy	نوم مضطرب (مرضى)
Hypnosia	نعاس لا يقاوم
Hypnophobia	خواف النوم
Hypnogenic	منوم / يحدث النوم

(N)

Narcolepsy	نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم)
Non Rapid Eye Movements (NREM)	نوم انعدام حركة العين السريعة
Nightmares	الكوابيس الليلية
Nocturnal Panic	الذعر أو الفزع الليلى
Nightmare Disorder	اضطراب الكابوس الليلى
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
Nocturnal Polysomnography	مخطط النوم الليلـــى (جهـــاز وصـــف وتخطيط النوم الليلى)
Naps Sleep	غفوات النوم (أو نوم القيلولة)
Noctambulist	جوّال أثناء النوم
Nocturnal	ليلى

(O)

Obstructive Sleep Apnea	اختناق النوم (توقف التنفس أثناء النوم)
Orthodox Sleep	النوم الكلاسيكى أو النوم السوى أو النوم المتزامن أو نوم قشرة لحـــاء المـــخ ، وهذا النوم لا تصاحبه حركـــة العـــين السريعة

(P)

Parasomnias	اضطراب إيقاع النوم (مُخلات النوم)
Progressive Relaxation	الاسترخاء التدريجى
Placebo	الدواء الوهمى
Paradoxical Sleep	النوم النقيضى أو النوم السريع أو النوم الحالم أو غير المتزامن أو نـــوم جـــذع المخ وهذا النوم تصاحبه حركة العـــين السريعة و تحدث أثناءه الأحلام

Polysomnography	جهاز وصف أو تخطيط النوم
Periodic Limb Movement Disorder	اضطراب الحركة الدورية للأطراف

(R)

Restless Sleep	النوم القلق
Rhythmic Movement Disorder	اضطراب الحركة الإيقاعية أثناء النوم
Relaxation Therapy	العلاج بالاسترخاء
Reconditioning	تعزيز الاستجابة الشرطية (إعادة الاشتراط لتعزيزه وتقويته)
Rapid Eye Movements (REM)	نوم حركات العين السريعة
Restless Legs Syndrome	زملة الأرجل القلقة
Rebound Insomnia	الأرق المرتد
REM Sleep Behavioral Disorder	الاضطراب السلوكى المتعلق بمرحلة النوم ذو حركة العين السريعة

(S)

Sleep Walking Disorder	اضطراب المشى أثناء النوم
Somnambulism	التجوال الليلى أو المشى أثناء النوم
Sleep Latency	فترة الدخول فى النوم(كمون النوم)
Sleep Disturbances	صعوبات أو اضطرابات النوم
Sleep Talking	الكلام أثناء النوم
Sleep Terror Disorder	اضطراب فزع النوم
Short Sleepers	نوم الفترات القصيرة
Sleep Deprivation	الحرمان من النوم

Sleep Terror	الفزع الليلى
Slow Wave Sleep (SWS)	نوم الموجات البطيئة
Sleep Wake Schedule	نظام النوم / اليقظة
Sleep Paralysis	شلل النوم
Sleep Drunkenness	سكرة (دوار) النوم أو ثمالة النوم
Snoring	الشخير
Sleep Apnea	توقف التنفس أثناء النوم
Sleep Hygiene	النوم الصحيح
Shift Work Sleep Disorder	اضطراب النوم الناتج عن تغيير مواعيد العمل
Sleep Restriction	تحديد النوم
Stimulus Control Therapy	العلاج بالتحكم فى المنبه أو المثير
Sleep Restriction Therapy	العلاج عن طريق تحديد النوم
Sleep Efficiency	كفاءة (فاعلية) النوم
Sleep - Wake Transition Disorder	الاضطراب المتعلق بالانتقال من مرحلة النوم إلى اليقظة والعكس
Sleep Bruxism	الجز على الأسنان أثناء النوم
Sleep Sickness	مرض النوم
Sleep Related Asthma	نوبات الربو المرتبط بالنوم
Sleep Related Laryrngospasm	تقلص الحنجرة المرتبط بالنوم
Somnolence	كثرة النوم
Startling	قفزات النوم
Serotonin	السيروتونين

والسيروتونين أحد الناقلات العصبية من مجموعة الأمينات الأحادية Monoamines ويتم تخليق هذه المادة فى جسم الإنسان من الحامض الأمينى " تربتوفان " Tryptophan الموجود فى الطعام .

(T)

Time Zone Change Syndrome (Jet leg)	اضطراب النوم الناتج عن فروق التوقيت بين المناطق المختلفة
Transient and Short - Term Insomnia	الأرق قصير الأجل والعابر أو العارض

(W)

Wakefulness	السهر

المراجع

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٢- أحمد عكاشة (٢٠٠٠) . علم النفس الفسيولوجى (ط ٩) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٣- أدلف رامس (ترجمة) عماد أبو السعد (١٩٨٩) . النوم : ما هو ولماذا نحتاج إليه ؟ . عَمان : الدار العربية للعلوم .

٤- الكسندر بوربلى (ترجمة) أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٩٢) . أسرار النوم . الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد ١٦٣ .

٥- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٦- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧) . الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط٣) . القاهرة : عالم الكتب .

٧- حسان شمسى باشا (١٩٩٣) . النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن . جدة : دار المنارة للنشر والتوزيع .

٨- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) . الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة " الأسباب - التشخيص - العلاج " . القاهرة : دار القاهرة .

٩- سامى عبد القوى (١٩٩٥) . علم النفس الفسيولوجى (ط٢) .

القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

فوت فرج (٢٠٠٠) . مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

. الستار إبراهيم (١٩٩٤) . العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث " أساليبه وميادين تطبيقه " . القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .

. المطلب أمين القريطى (١٩٩٨) . فى الصحة النفسية . القاهرة : دار الفكر العربى .

ت سيد إسماعيل (د . ت) . سيكولوجيا النوم والأحلام . الكويت : وكالة المطبوعات .

ى كمال (١٩٨٩) . أبواب العقل الموصدة : باب النوم وباب الأحلام . بيروت : دار الجيل .

ى الشربينى (٢٠٠٠) . اضطرابات النوم : كيف تحدث وما هو العلاج ؟ . كتاب الشعب الطبى ، العدد ٢٣ ، القاهرة : مؤسسة دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر .

مد عودة محمد ، كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٦) . الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام . الكويت : دار القلم .

مود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) . النفس أسرارها وأمراضها (ط ٣) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

ى محمد قناوى (١٩٨٣) . الطفل تنشئته وحاجاته . القاهرة :

مكتبة الأنجلو المصرية .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

19-Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S . (1979). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile* . Burlington : Department of Psychiatry, University of Vermont .

20-Adair, R. ; Bauchner, H. ; Philipp, B. ; Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Night walking during infancy: Role of parent presence at bedtime. *Pediatrics, Vol. 87, PP. 500- 504* .

21-Alloy, L. B. ; Acocella, J., & Bootzin, R. R. (1996). *Abnormal psychology : Current perspective* (*7th ed.*) . New York : McGraw-Hill, Inc.

22-American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (*4th ed.*). Washington, DC : Author.

23-American Sleep Disorders Association (1990) . *The international classification of sleep disorders* : *Diagnostic and coding manual.* Rochester, MN : Author .

24-American Sleep Disorders Association (1992). The clinical use of the multiple sleep latency test . *Sleep, Vol. 15(3), PP. 268-276.*

25-Anch, A. M. ; Browman, C. P. ; Mitler, M. M., & Walsh, J. K. (1988). *Sleep : A scientific perspective.* Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall .

26-Attele, A .S . ; Xie , J .T., & Yuan , C – S .(2002) .Treatment of insomnia : An alternative approach . *Medicine*

Review , Vol .5(3), PP. 249 - 259 .

27-Barlow, D. H., & Durand, V. M. (1999). *psychology : An integrative approach* New York : Brooks / Cole Publishing Co

28-Benoit, D. ; Zeanah, C. H. ; Boucher, C., & Mi (1992). Sleep disorders in early ch Association with insecure maternal a *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry, Vol. 31(1), PP. &*

29-Boivin, D. B. ; Czeisler, D. A. ; Dijk, D-J. ; Du Folkard, S. ; Minors, D. S. ; Totterd Waterhouse, J. M. (1997) . Complex int the sleep-wake cycle and circadi modulates mood in healthy subjects . *A General Psychiatry, Vol. 54, PP. 145-15.*

30-Bootzin, R. R., & Perlils, M. L. (1992). Nonpha treatments of insomnia . *Journal o Psychiatry, Vol. 53, PP. 37 - 41 .*

31-Bootzin, R. R. ; Manber, R. ; Perlis, M. L. ; Sal Wyatt, J. K. (1993). Sleep disorders. Sutker & H. E. Adams (Eds.). *Com handbook of psychopathology (2nd ed. 561*). New York : Plenum Press .

32-Bootzin , R. R., & Rider , S . P .(1997).Behavioral and biofeedback for insomnia . In .D . M C. G. Fairburn (Eds.) , *Science and p cognitive behaviour therapy (pp. 315* New York : Oxford University Press .

33-Borkovec, T. D. ; Grayson , J .B. ;O' Brien Weerts , T .C .(1979) . Relaxation tr

pseudoinsomnia and idiopathic insomnia : An electrocncephalographic evaluation . *Journal of Applied Behavior Analysis , Vol. 12, PP. 37 - 54 .*

34-Bunney, W. E. ; Azarnoff, D. L.; Brown, B. W., et al. (1999). Report of the institute of medicine committce on the efficaey and safety of halcyon . *Archive of General Psychiatry, Vol. 56, PP. 349 - 352 .*

35-Butcher, J. N. ; Williams, C. L. ; Graham, J. R. ; Archer, R. P. ; Tellegen, A. ; Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota multiphasic personality inventory- adolescent (MMPI-A) : Manual for administration, scoring and interpretation.* Minneapolis : University of Minnesota Press.

36-Buysse, D. J. ; Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1993). Classification of sleep disorders : A preview of the DSM-IV. In D. L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy (pp. 360-361)* . Philadelphia: W. B. Saunders.

37-Campbell, S. S., & Murphy, P. J. (1998). Extraocular circadian phototransduction in humans . *Science, Vol. 279, PP. 396 - 399 .*

38-Carlson, C. R., & Cordova, M. J. (1999). Sleep disorders in childhood and adolescence . In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker (Eds.). *Child and adolescent psychological disorders : A comprehensive textbook (pp. 415- 438)* . New York : Oxford Univcrsity Press .

39-Carlson, C. R. ; White, D. K., & Turkat, I. D. (1982). Night terrors : A clinical and empirical review. *Clinical Psychology Review, Vol. 2, PP. 455 - 468.*

pseudoinsomnia and idiopathic insomnia : An electroencephalographic evaluation . *Journal of Applied Behavior Analysis , Vol. 12, PP. 37 - 54 .*

34-Bunney, W. E. ; Azarnoff, D. L.; Brown, B. W., et al. (1999). Report of the institute of medicine committee on the efficacy and safety of halcyon . *Archive of General Psychiatry, Vol. 56, PP. 349 - 352 .*

35-Butcher, J. N. ; Williams, C. L. ; Graham, J. R. ; Archer, R. P. ; Tellegen, A. ; Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota multiphasic personality inventory- adolescent (MMPI-A) : Manual for administration, scoring and interpretation.* Minneapolis : University of Minnesota Press.

36-Buysse, D. J. ; Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1993). Classification of sleep disorders : A preview of the DSM-IV. In D. L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy (pp. 360-361)* . Philadelphia: W. B. Saunders.

37-Campbell, S. S., & Murphy, P. J. (1998). Extraocular circadian phototransduction in humans . *Science, Vol. 279, PP. 396 - 399 .*

38-Carlson, C. R., & Cordova, M. J. (1999). Sleep disorders in childhood and adolescence . In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker (Eds.). *Child and adolescent psychological disorders : A comprehensive textbook (pp. 415- 438)* . New York : Oxford University Press .

39-Carlson, C. R. ; White, D. K., & Turkat, I. D. (1982). Night terrors : A clinical and empirical review. *Clinical Psychology Review, Vol. 2, PP. 455 - 468.*

40-Carskadon , M. A.. ; Vieira , C ., & Acebo , C . (1993) . Association between puberty and delayed phase preference . *Sleep, Vol. 16 , PP. 258 – 262* .

41-Carskadon , M. A., & Dement, W. C. (1987). Sleepiness in the normal adolescent. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* (*pp. 53 - 66*) . New York : Ravens Press.

42-Chilcott, L. A., & Shapiro, C. M. (1996). The socioeconomic impact of insomnia : An overview. *Pharmacoeconomics, Vol. 10. PP. 1-14* .

43-Clore, E. R., & Hibel, J. (1993). The parasomnias of childhood . *Journal of Pediatric Health Care, Vol. 7, PP. 12-16* .

44-Czeisler, C. A., & Allan, J. S. (1989). Pathologies of the sleep-wake schedule. In R. L. Williams; I. Karacan & C. A. Morr (Eds.), *Sleep disorders : Diagnosis and treatment* (*pp. 109 -129*) . New York : John Wiley.

45-Czeisler, C. A.; Allan, J. S. ; Strogatz, S. H. ; Ronda, J. M. ; Sanchez, R. ; Rios, C. D. ; Frietag, W. O. ; Richardson, G. S., & Kronauer, R. E. (1986). Bright light resets the human circadian pacemaker independent of the timing of the sleep-wake cycle. *Science, Vol. 233, PP. 667 - 671* .

46-Dagan, Y. ; Dela, H. ; Omer, H. ; Hallis, D., & Dar, R. (1996). High prevalence of personality disorders among circadian rhythm sleep disorders patients. *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 41, PP. 357 - 363* .

47-Dahl, R. E. (1992). The pharmacologic treatment of sleep

disorders. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 15 (1), PP. 161-178 .*

48-Davison, C. G., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology (6th ed.)* . New York : John Wiley & Sons, Inc.

49-Durand, V. M. (1998). *Sleep better : A guide to improving the sleep of children with special needs*. Baltimore: Paul H. Brooks .

50-Durand, V. M., & Mindell, J. A. (1990) . Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders. *Behavior Modification, Vol. 14, PP. 37 - 49.*

51-Eddy, M., & Walbroehl, G. S. (1999). Insomnia. *American Family Physician, Vol. 59, PP. 1911 - 1918 .*

52-Edinger, J. D. ; Hoelscher, T. J. ; Marsh, G. R., & Lipper, S. (1992). A cognitive-behavioral therapy for sleep-maintenance insomnia in older adults. *Psychology and Aging, Vol. 7 (2), PP. 282 - 289 .*

53-Ellis, E. M. (1991). Watchers in the night: An onthropological look at sleep disorders. American *Journal of Psychotherapy, Vol. 45 (2), PP. 211-220.*

54-Ferber, R. (1985a) . *Solve your child's sleep problems*. New York : Simon and Schuster.

55-Ferber, R. (1985b) .Sleep disorders in infants and children. In T.L. Riley (Ed.), *Clinical aspects of sleep and sleep disturbance (pp. 113-157)* . Boston: Butterworth.

56-Ferber, R. (1987a). Circadian and schedule disturbances . In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in*

children (*pp. 165-175*) . New York: Ravens Press.

57-Ferber, R. (1987b). The sleepless child. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* (*pp. 141-161*) . New York : Ravens Press .

58-Fisher, B. E. ; Pauley, C., & McGuire, K. (1989). Children's sleep behavior scale : Normative data on 870 children in grades 1 - 6. *Perceptual and Motor Skills, Vol. 68, PP. 227 - 236.*

59-Friedman , L .; Bliwise , D . L . ; Yesavage , J . A . , & Salom , S . R . (1991) . A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults . *Journal of Gerontology : Psychological Sciences , Vol .46 , PP . 1 – 8 .*

60-Ford, D. E., & Kamerow , D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorder : An opportunity for prevention?. *Journal of the American Medical Association, Vol. 262, PP. 1479-1484.*

61-Glovinsky , P. B. ,& Spielman , A.J.(1991) .Sleep restriction therapy . In P . Hauri (Ed.) , *Case studies in insomnia* (*pp. 49 – 63*) . New York : Plenum Press .

62-Gillin, J. C. (1993). Clinical sleep-wake disorders in psychiatric practice: Dyssomnias. In D. L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy* (*pp. 373-380*). Philadelphia : W. B. Saunders.

63-Guilleminault, C. (1989). Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea. In M. H. Kryger ; T. Roth

& W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (*pp. 552-558*). Philadelphia : W. B. Saunders.

64-Guilleminault, C., & Dement, W. C. (1988). Sleep apnea syndromes and related sleep disorders. In R. L. Williams ; I. Karacan & C. A. Moore (Eds.), *Sleep disorders: Diagnosis and treatment* (*pp. 47-71*) . New York : John Wiley .

65-Guilleminault, C. (1987a). Dissorders of arousal in children: Somnambulism and night terrors. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* (*pp. 243-252*) . New York : Raven Press.

66-Guilleminault, C. (1987b). Narcolepsy and its differential diagnosis. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* (*pp. 181-194*) . New York : Raven Press.

67-Guilleminault, C. (1987c). Obstructive sleep apnea syndrome in children. In C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children* (*pp. 213-224*) . New York : Raven Press.

68-Harvey, A. G. ; Gregory, A., & Bird, C. (2002). The role of cognitive factors in insomnia : A comparison of Japanese and English university students . *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol. 30, PP. 259 - 270.*

69-Harvey, A. G. (2001). I can't sleep, my mind is racing : An investigation of strategies of thought control in insomnia . *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, Vol. 29, PP. 3 - 11 .*

70-Harvey, A. G. (2000). Sleep hygiene and sleep onset

insomnia. *Journal of Nervous and Mental Diseases, Vol. 188, PP. 53 - 55.*

71-Hauri, P. J. (1997). Insomnia : Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs?. *Sleep, Vol 20 (12), PP. 1111-1118 .*

72-Hauri, P. J., & Wisbey, J. (1992). Wrist actigraphy in insomnia. *Sleep, Vol. 15, PP. 293 - 301.*

73-Hauri, P. J. (1991). Sleep hygiene, relaxation therapy, and cognitive interventions. In P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia (pp. 65 - 84)*. New York: Plenum Medical Books Company.

74-Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1984). Relaxation -induced anxiety : Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy, Vol. 22, PP. 1-12.*

75-Herscovitch, J., & Broughton, R. (1981). Sensitivity of the stanford sleepiness scale to the effects of cumulative partial sleep deprivation and recovery oversleeping. *Sleep, Vol. 4 (1), PP. 83 - 92 .*

76-Hillman, E. ; Kripke, D. F., & Gillin, J. C. (1990). Sleep restriction, exercise, and bright lights: Alternate therapies for depression. In A. Tasman ; C. Kaufman & S. Goldfinger (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry : Section I: Treatment of refractory affective disorder (Vol. 9, pp. 132-144)* . Washington DC : American Psychiatric Press.

77-Honda, Y. ; Asaka, A. ; Tanaka, Y., & Juji, T. (1983). Discrimination of marcoleptic patients by using genetic markers and HLA. *Sleep Research, Vol. 12,*

P 254 (Abstract) .

78-Huang , K . C .(1996) . *Acupuncture : The past and the present* . New York : Vantage Press .

79-Jacobs , G . D . ; Rosenberg , P . A . ; Friedman , R . ; Matheson , J . ; Peavy , G . M . ; Domar , A . D .,& Benson , H . (1993) . Multifactor behavioral treatment of chronic sleep – onset insomnia using stimulus control and the relaxation response : A preliminary study . *Behavior Modification , Vol . 17 , PP . 498 – 509 .*

80-Johnson, E. O. ; Roehrs, T. ; Roth, T., & Breslau, N. (1998). Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep, Vol. 21, PP. 178 - 186 .*

81-Karacan, I., & Howell, J. W. (1988). Narcolepsy. In R. L. Williams ; I. Karacan & C. A. Moore (Eds.), *Sleep disorders : Diagnosis and treatment (pp. 87-105)* . New York : Wiley .

82-Kales, J. D. ; Soldatos, C. R., & Kales, A. (1982). Treatment of sleep disorders, I: Insomnia . *Rational Drug Therapy, Vol. 17 (2), PP. 1-7.*

83-Kales, J. D. ; Kales, A. ; Soldatos, C. R. ; Caldwell, A. B. ; Charney, D. S., & Martin, E. D. (1980a). Night terrors : Clinical characteristics and personality factors. *Archives of General Psychiatry, Vol. 37, PP. 1413-1417 .*

84-Kales, J. D. ; Soldatos, C. R., & Caldwell, A. B. (1980b). Nightmares : Clinical characteristics and personality patterns . *American Journal of Psychiatry, Vol.137, PP. 1197 - 2001 .*

85-Kales, A. ; Tan, T. L. ; Kollar, E. J. ; Naitoh, P. ; Preston, T. A., & Malmstrom, E. G. (1979). Sleep patterns following 205 hours of sleep deprivation. *Psychosomatic Medicine, Vol. 32, PP. 189 - 200.*

86-Kohen, D. P. ; Mahowald, M. W., & Rosen, G. M. (1992). Sleep-terror disorder in children : The role of self-hypnosis in management . *American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 34 (4), PP. 233 - 244.*

87-Kupfer, D. J., & Reynolds, C. F. (1997). *Management of insomnia* . New York : Plenum Press.

88-Lacks, P., & Morin, C. M. (1992). Recent advances in the assessment and treatment of insomnia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, PP. 586-594.*

89-Lee, K. (1992). Pattern of night walking and crying of Korean infants from 3 months to 2 years old and its relation with various factors . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 13, PP. 326 - 330 .*

90-Lichstein, K. L., & Riedel, B. W. (1994). Behavioral assessment and treatment of insomnia : A review with an emphasis on clinical application . *Behavior Therapy, Vol. 25, PP. 659 - 688.*

91-Lindsay, S. J. E. (1995). Disorders of sleep: Treatment. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Eds.), *The handbook of clinical adult psychology (pp. 601- 611).* London: Routledge.

92-Lindsay, S. J. E., & Jahanshahi, M. (1995). Disorders of sleep: Investigation. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Eds.), *The handbook of clinical adult*

arrangements : Questions of independence. *Developmental Psychology, Vol. 28, PP. 604 - 613 .*

102- Morin, C. M. (1993a). *Insomnia: Psychological assessment and management.* New York : Guilford Press.

103- Morin, C. M. (1993b). *Insomnia* . New York : Guilford Press.

104- Morin, C. M. ; Mimeault, V., & Gagne , A. (1999). Nonpharmacological treatment of late-life insomnia . *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 46, PP. 103-116 .*

105- Morin , C . M . ; Culbert , J . P ., & Schwartz , S . M . (1994) .Nonpharmacological interventions for insomnia : A meta – analysis of treatment efficacy . *American Journal of Psychiatry , Vol . 151 , PP. 1172 – 1180 .*

106- Morin, C. M. ; Kowatch, R. A. ; Barry, T., & Walton, E. (1993). Cognitive – behavior therapy for late-life insomnia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61, PP. 137-146.*

107- Morris, M. ; Lack, L., & Dawson, D. (1990). Sleep-onset insomniacs have delayed temperature rhythms . *Sleep, Vol. 13, PP. 1-14 .*

108- Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1988). Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 56, PP. 748-753.*

109- Mosko, S. ; Richard, C., & McKenna, J. C. (1997). Maternal sleep and arousals during bed shoring

with infants . *Sleep, Vol. 20, PP. 142 - 150.*

110- Murtagh , D. R . , & Greenwood , K . M . (1995) . Identifying effective psychological treatments for insomnia : A meta analysis . *Journal of Consulting and Clinical Psychology , Vol . 63 , PP. 79 – 89 .*

111- Nofzinger, E. A. ; Schwartz, C. F. ; Reynolds, C. F. ; Thase, M. E. ; Jennings, J. R. ; Frank, E. ; Fasiczka, A. L. ; Garamoni, G. L., & Kupfer, D. J. (1994). Affect intensity and phasic REM sleep in depressed men before and after treatment with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 62, PP. 83 - 91 .*

112- Nowell, P. D. ; Mazumdar, S. ; Buysse, D. J. et al. (1997). Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia : A meta-analysis of treatment efficacy. *Journal of the American Medical Association, Vol. 278, PP. 2170 - 2177 .*

113- Ollendick, T. H. ; Hagopian, L. P., & Huntzinger, R. M. (1991) . Cognitive-behavior therapy with nighttime fearful children . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 22 (2), PP. 113 - 121.*

114- Parks, J. D., & Block, C. (1989). Genetic factors in sleep disorders . *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, Vol. 52, PP. 101-108 .*

115- Palace, E. M., & Johnston, C. (1989). Treatment of recurrent nightmares by the dream reorganization approach . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 20 (3), PP. 219 - 226 .*

116- Piazza, C. C., & Fisher, W. W. (1991a). A faded bedtime with response-cost protocol for treatment of multiple sleep problems in children . *Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 24, PP. 129 -140* .

117- Piazza, C. C., & Fisher, W. W. (1991b). Bedtime fading in the treatment of pediatric insomnia . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 22 (1), PP. 53 -56* .

118- Potsic, W. P., & Wetmore, R. F. (1990). Sleep disorders and airway obstructions in children. *Otolaryngologic Clinics of North America, Vol. 23 (4), PP. 651- 663.*

119- Richman, N. ; Douglas, J. ; Hunt, H. ; Lansdown, R., & Levere, R. (1985). Behavioural methods in the treatment of sleep disorders : A pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 26 (4), PP. 581- 590* .

120- Rickert, V., & Johnson, M. (1988). Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children : A comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring . *Pediatrics, Vol. 81, PP. 203 - 212* .

121- Roehrs , T . , & Roth , T . (2000) .Hypnotic , alcohol , and caffeine : Relation to insomnia . In M . R . Pressman & W . C .Orr (Eds .) , *Understanding sleep : The evaluation and treatment of sleep disorders (pp. 339 – 352)* .Washington , DC . : American Psychological Association .

122- Shamir, E. ; Laudon , M. ; Barak, Y. ; Anis , Y. ; Rotenberg , V. ; Elizer , A ., & Zisapel , N. (2000). Melatonin improves sleep quality of pations with

chronic schizophrenia . *Journal of Clinical Psychiatry , Vol .61 (5) , PP. 373 – 377 .*

123- Sheldon, S. H. ; Spire, J. P., & Levy , H. B. (1992a). Normal sleep in children and young adults. In J. Fletcher (Ed.), *Pediatric sleep medicine (pp. 14 - 27)* . Philadelphia : W. B. Saunders.

124- Sheldon, S. H. ; Spire, J. P., & Levy, H. B. (1992b). Disorders of excessive somnolence. In J. Fletcher (Ed.), *Pediatric sleep medicine (pp. 91-105)* . Philadelphia : W. B. Saunders.

125- Sheldon, S. H. ; Spire, J. P., & Levy, H. B. (1992c). Sleep-wake schedule disorders. In J. Fletcher (Ed.), *Pediatric sleep medicine (pp. 106 - 118)* . Philadelphia : W. B. Saunders .

126- Shoham ,V . ; Bootzin , R . R . ; Rohrbaugh , M ., & Urry , H. (1995) . Paradoxical versus relaxation treatment for insomnia : The moderating role of reactance . *Sleep Research , Vol . 249 , P . 365 .*

127- Smith , M . T . ; Perlis , M . L. ; Park , A . ; Smith , M . S . ; Pennington , J . Giles , D . E . , & Buysse , D . J . (2002) . Comparative meta – analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia . *American Journal of Psychiatry , Vol . 159 (1) , PP. 5 – 11 .*

128- Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (1991). The varied nature on insomnia. In P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia (pp. 1-15)* . New York : Plenum Press.

129- Thorpy, M. J. (1988). Diagnosis, evaluation, and classification of sleep disorders. In R. L. Williams ; I. Karacan & C. A. Moore (Eds.), *Sleep*

disorders : *Diagnosis and treatment* (*pp 9 - 25*) . New York: Wiley .

130- Thorpy, M. J. , & Glovinsky, P. (1987). Parasomnias. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 10, PP. 623 - 639.*

131- Van Oot, P. H . ; Lane , T. W., & Borkovec, T . D .(1984) . Sleep disturbances . In H. E . Adams & P . B . Sutker (Eds) , *Comprehensive handbook of psychopathology* (*pp . 683 – 723*) . New York : Plenum Press .

132- Wagner, J. ; Wagner, M. L., & Hening, W. A. (1998). Beyond benzodiazepines: Alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Annals Pharmacotherapy, Vol. 32, PP. 680 - 691* .

133- Walsh , J . K ., & Engelhardt , C . L . (1992) . Trends in the pharmacologic treatment of insomnia . *Journal of Clinical Psychiatry , Vol . 53 , PP . 10 – 17* .

134- Walsh, J. K. ; Benca, R. M. ; Bonnet, M. et al. (1999). Insomnia : Assessment and management in primary care. *American Family Physician, Vol. 59, PP. 3029 -3038.*

135- Whitney, C. W. ; Enright, P. L. ; Newman, A. B. ; Bonekat, W. ; Foley, D., & Quan, S. F. (1998). Correlates of daytime sleepiness in 4570 elderly persons : The cardiovascular health study. *Sleep, Vol. 21, PP. 27-36* .

136- Wooten, V. (1990). Evaluation and management of sleep disorders in the elderly . *Psychiatric Annals, Vol. 20, PP. 466 - 473.*

137- Zhdanova, I. V. ; Lynch, H. J., & Wurtman, R. J. (1997). Melatonin : A sleep promoting hormone . *Sleep, Vol. 20, PP. 899-907.*

الموضـــــــــــــــوع	الصفحات
- الإهداء	
- مقدمة	٩
الفصل الأول	
مفهوم النوم وأنواعه ومراحله	١٥ – ٢٨
- مقدمة	١٥
- أنواع النوم	١٩
- النوم الهادىء أو التقليدى	١٩
- النوم النقيضى أو المتناقض	٢١
- تصنيف اضطرابات النوم	٢٦
الفصل الثانى	
اضطرابات النوم الأولية (عسر النوم)	٣١ – ٨١
- مقدمة	٣١
١- الأرق	٣١
- أشكال الأرق	٣٥
- إحصائيات انتشار الأرق	٣٩
- تشخيص الأرق	٤٩
- أعراض الأرق	٥١
- أسباب الأرق	٥٢

الموضـــــــــــــــوع	الصفحات
- لعوامل التى تؤثر فى بداية حدوث واستمرار اضطرابات النوم فى الطفولة والمراهقة	٥٧
٢- اضطراب فى النوم الأولى	٥٨
٣- اضطرابات النوم المفاجئة (غفوات النوم)	٦٤
٤- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس	٦٩
٥- اضطراب مواعيد النوم واليقظة	٧٦
الفصل الثالث	
اضطرابات النوم الثانوية	٨٥ - ١٠٠
- مقدمة	٨٥
١ اضطرابات الكابوس الليلى	٨٥
٢ اضطرابات المشى أثناء النوم	٩٠
٣ اضطرابات الفزع أثناء النوم	٩٦
الفصل الرابع	
اضطرابات النوم غير المصنفة	١٠٣ - ١٠٩
- مقدمة	١٠٣
١ شلل النوم	١٠٣
٢ قفزات النوم	١٠٤
٣ هلاوس النوم	١٠٤
٤ صرع النوم	١٠٤
٥ الجز على الأسنان أثناء النوم	١٠٥
٦ اهتزاز الأرجل أثناء النوم	١٠٥

الموضـــــــــــــــوع	الصفحات
٧- أرجحة الرأس أثناء النوم	١٠٥
٨- كثرة النوم أو فرط النوم	١٠٦
- اكتشاف الاضطرابات المتعلقة بالنوم	١٠٧

الفصل الخامس

أسباب اضطرابات النوم وتفسير النظريات العلمية لها	**١١٣ – ١٣٥**
أولاً : الأسباب الوراثية	١١٣
ثانياً : الأسباب الجسمية	١١٣
ثالثاً : الأسباب النفسية والاجتماعية	١١٥
رابعاً : الأسباب البيئية	١٢١
أسباب الأرق المؤقت أو العارض	١٢٢
تفسير النظريات العلمية لاضطرابات النوم	١٢٦
أولاً : النظريات القديمة	١٢٦
١- نظرية التحليل النفسى	١٢٦
٢- النظرية السلوكية	١٢٧
ثانياً: النظريات الحديثة	١٢٨
١- النظرية الوعائية	١٢٨
٢- النظرية الكيميائية	١٢٨
٣- نظرية مركز النوم	١٣١
٤- نظرية الكف والإثارة لبافلوف	١٣١
٥- نظرية المراكز المنتشرة أو المبعثرة فى المخ ..	١٣٢

الموضـــــــــــــــوع	الصفحات
علاج اضطرابات النوم	١٣٩- ١٩٩
أولا العلاج العضوى	١٣٩
ثانيا العلاج الطبى	١٣٩
ثالثا العلاج النفسى	١٤٦
☜ علاج الأرق	١٤٧
العلاج الدوائى للأرق	١٥٠
العلاج النفسى للأرق	١٥٤
التدريب على الاسترخاء	١٦٢
العلاج بالتحكم فى المنبه أو المثير	١٦٦
العلاج بالحد من أو تقييد النوم	١٧٣
العلاج المعرفى	١٧٥
- العلاج بالعقاقير مقارنة بالعلاج النفسى	١٨٤
العلاج متعدد المكونات	١٨٥
- العلاجات البديلة	١٨٧
☜ علاج الإفراط فى النوم الأولى	١٨٩
☜ علاج نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم)	١٨٩
☜ علاج اضطراب النوم المرتبط بعملية التنفس	١٩١
☜ علاج اضطراب مواعيد النوم واليقظة	١٩٢
☜ علاج اضطراب الكابوس الليلى	١٩٣
☜ علاج اضطراب الفزع أثناء النوم ، واضطراب المشى أثناء النوم	١٩٤
رابعا العلاج البيئى	١٩٧
خامسا : العلاج الأسرى	١٩٧

الموضـــــــــــــوع	الصفحات

الفصل السابع

تقدير وقياس اضطرابات النوم ٢٠٣ ٢٣٧

- مقدمة ٢٠٣
- المقابلة الشخصية الكلينيكية ٢٠٣
- قياس سلوك النوم عند الأطفال ٢٠٨
- مقياس اضطراب مواعيد النوم واليقظة ٢١٠
- مقياس إيبورث للنوم ٢١٤
- قائمة المفاهيم الشائعة عن الأرق ٢١٨
- مقياس اضطرابات النوم ٢٢٢
- استخبار النوم ٢٢٧
- استبيان تاريخ النوم ٢٣١
- مفكرة النوم ٢٣٣

الفصل الثامن

نصائح لنوم صحى سليم ٢٤١ – ٢٤٧

- مقدمة ٢٤١
- نصائح لنوم صحى سليم ٢٤١
- ثبت المصطلحات ٢٥١
- المراجع العربية ٢٦١
- المراجع الأجنبية ٢٦٣

المؤلف فى سطور :

دكتور مجدى محمد محمد الدسوقى .

- حصل على درجة الماجستير فى التربية تخصص صحة نفسية من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام ١٩٩٠م .
- حصل على درجة دكتوراه الفلسفة فى التربية تخصص صحة نفسية من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام ١٩٩٤م.
- له عدة مؤلفات منها :

١ - سلسلة الاضطرابات النفسية التى تشمل خمسة أجزاء هى : اضطرابات النوم ، فقدان الشهية العصبى ، الشره العصبى ، اضطراب صورة الجسم ، اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

٢ - سيكولوجية النمو من الميلاد حتى المراهقة .

٣ - القياس فى العلوم التربوية والنفسية .

٤ - دراسات فى الصحة النفسية .

٥ - قياس الشخصية (رؤية عربية) .

٦ - أكثر من ٢٠ مقياساً نفسياً فى مجالات القياس النفسى قام بتعريبها وتقنينها على البيئة المصرية ، وكلها منشورة بالمكتبات المصرية .

٧ - عضو بالجمعيات العلمية المصرية .

٨ - شارك فى العديد من المؤتمرات والندوات العلمية ، واللقاءات الفكرية المرتبطة بقضايا المجتمع .

- ويرحب المؤلف بتعليقاتكم واقتراحاتكم فيما يتعلق بهذه المؤلفات وذلك بالمكاتبة على البريد الإلكترونى :

E - mail : dr_ meldesoki@ hotmail.com
dr_meldesoki@ yahoo.com

مكتبة الأنجلو المصرية
THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP
The World of Words & Thoughts